



**Le traumatisme infantile (maltraitance, abus sexuel et carences dans les soins primaires) et son destin dans le psychisme**

**SAIF Fadwa**

**Laboratoire ICM, FLSHM, Université Hassan II**

**Belgnaoui Saad**

**Professeur de psychologie clinique, Laboratoire ICM. FLSHM**

**Université Hassan II**

**Maroc**

**Résumé:**

Cet article présente le traumatisme psychique à travers les contributions de trois psychanalystes : S. Ferenczi, qui s'est intéressé aux abus sexuels et maltraitances subies par les jeunes enfants, en se concentrant sur leur vécu traumatique ; S. Freud, qui évoque les effets désorganisateur et les troubles pathologiques qui se manifestent à l'âge adulte en raison de traumatismes subis durant l'enfance ; et D. Winnicott, qui évoque le traumatisme en relation avec les soins primaires.

**Abstract:**

This article presents psychological trauma through the contributions of three psychoanalysts: S. Ferenczi, who was interested in sexual abuse and mistreatment suffered by young children, focusing on their traumatic experience; S. Freud, who discusses the disorganizing effects and pathological disorders that manifest in adulthood due to trauma suffered during childhood; and D. Winnicott, who discusses trauma in relation to primary care.



### **I- Face au traumatisme de la maltraitance et de l'abus sexuel :**

S. Ferenczi (1873–1933) tente non seulement de traiter l'événement traumatisant (la causalité) ou encore les troubles et les symptômes post-traumatiques, mais aussi de nous rapprocher du moment traumatique.

D'après S. Ferenczi, un grand nombre d'agressions sexuelles à l'encontre des enfants se produisent plus souvent qu'on ne pourrait le supposer. L'enfant, avec ses fantasmes de jeu et de tendresse, se trouve confronté à un adulte aux penchants pathologiques qui mélange ses désirs sexuels avec le jeu enfantin. Face à cette demande sexuelle de l'adulte, l'enfant réagit d'abord par un refus, puis est envahi par des sentiments de haine et de dégoût, s'efforçant de résister à cette situation troublante. Ce ressenti peut être suscité comme décrit, comme il peut être inhibée par une peur intense. Les enfants se sentent physiquement et moralement incapables de se défendre, ni de se révolter même en pensée, du fait du pouvoir de l'autorité écrasante de l'adulte. Lorsque cette peur atteint sa limite, elle oblige l'enfant à se soumettre à la volonté de l'agresseur, à deviner ses désirs, à obéir et à s'identifier à l'agresseur. Si, au cours de la phase de tendresse, un adulte impose à l'enfant plus d'amour ou un amour différent de ce qu'il attend et dont il a besoin, il peut entraîner les mêmes effets pathogènes que la privation d'amour. La conséquence ne peut être qu'une « confusion de langues ». Notons que l'amour forcé a un effet de fixation traumatique. Et parce que la dualité de haine et d'affection n'est pas encore présente au stade de la tendresse, le sentiment de la haine qui apparaît tout d'un coup suite à l'événement, surprend l'enfant, l'effraie, le traumatise et fait de lui une âme coupable de l'amour.

Il fait la distinction entre « le traumatisme » et « le traumatique ». Il utilise le premier terme pour parler de l'événement en question, et le deuxième terme pour désigner l'impact du traumatisme et le lier à la répétition et à l'excitation. Pour lui, le traumatique s'installe lorsque l'enfant cherche à répéter l'expérience traumatisante afin de retrouver l'excitation qui a accompagné l'événement. Cette excitation se confond, chez l'enfant, avec la recherche de l'amour et de la tendresse. Elle ne reflète en rien sa sexualité génitale, mais se désigne comme source du sentiment de honte et de culpabilité qui sera alimentée par l'attitude des parents qui,



dans de nombreux cas, accusent l'enfant de mauvaise conscience et qu'il mérite d'être puni.

Outre l'amour passionné, Ferenczi a souligné en 1932 deux autres traumatismes infantiles : les punitions émotionnelles et la terreur de la souffrance familiale qui obligent les enfants à résoudre toutes sortes de conflits familiaux. Pour qu'un enfant puisse se développer sainement, il a besoin d'être rempli de nourriture et d'amour ; dans le cas où cela n'est pas offert à l'enfant, par exemple dans le cas où ses parents sont malheureux, il se sent obligé de porter ce fardeau du malheur. Être abandonné par la mère est une menace de retrait de la libido aussi mortelle que la menace violente. Dans le cas où la menace du père coïncide avec l'abandon de la mère, les choses deviendront plus traumatisantes, l'enfant se retrouve sans aucune possibilité de pleurer et le monde réel devient insupportable. Le ressenti d'injustice, de détresse et de désespoir s'intensifie, faisant reculer le moi face à la réalité. Cela implique que chaque expérience traumatique crée un clivage, et que toute sorte d'adaptation est affectée par la dissociation résultant de la terreur et de l'absence de moi. Le vide qui en découle dissimule toutes les expériences vécues, telles que l'irritation douloureuse, l'agressivité, le désespoir ou la peur d'éventuelles explosions, contribuant ainsi à l'incapacité du moi. Ce qui persiste de l'ordre de l'action après le traumatisme consiste en jouer avec des organes corporels ou l'activité auto-érotique.

### Le traumatique :

Ferenczi est l'un des rares psychanalystes à avoir tenté de parler non seulement de l'événement traumatisant ou de ses effets pathologiques, mais aussi du traumatique dans le traumatisme, de ce qui ne peut être abordé ou représenté parce qu'il échappe au pouvoir du langage. Il aborde le traumatique à partir de la quantité de la douleur et de l'excitation provoquée. Une douleur intense n'a aucun contenu représentationnel, mais plutôt un effet anesthésique et inaccessible à la conscience. Ces états subjectifs peuvent être atteints dans « l'état de transe » : sentiment d'étouffement, de perceptions subjectives, auditives et visuelles, l'absence du contenu et de forme, douleurs de natures diverses, sentiment d'éclatement. Plus la souffrance est forte, destructrice et survenue précocement, plus elle déterminera une orientation dans le psychisme et son centre sera riche de sens. Que se passe-t-il



lorsque la souffrance ou la maltraitance augmente et dépasse la capacité de compréhension de l'enfant ? L'enfant se trouvera hors de lui, quelque part dans l'« irréel », et ce phénomène d'« être hors de soi » entraînera l'absence de réaction et des crampes musculaires généralisés, souvent suivis d'une paralysie généralisée (être parti). Cet « être parti » n'est pas forcément un non-être, mais seulement un « ne-pas-être-là ». Mais alors, être où ? L'« être-hors-de-soi » ou l'« être parti » est hors du temps et de l'espace, il ne possède aucun savoir, se voit de l'extérieur, envahi d'images et d'hallucinations. « L'âme se sentait à une distance infinie, ou à une hauteur colossale ; cependant, par cet arrachement à la réalité, elle était mise en position de tout voir de ce qui se passe dans et autour de la personne. »<sup>1</sup>

Lorsque la douleur ou toute autre sensation devient insupportable, ou plus précisément lorsque les forces de « contre-investissement » et les sources d'expression émotionnelle de l'organisme sont épuisés, le corps éprouve une contraction musculaire, un épuisement, des douleurs, une respiration interrompue et un cœur paralysé, etc. La vie ne peut donc continuer qu'à l'aide des hallucinations et de la respiration. Quand les mutilations physiques et morales, les crises émotionnelles hystériques et le rire convulsif ne suffisent plus à couvrir la scène traumatique, un surinvestissement psychique de la réalité surgit brusquement, par le biais de « fantasmes de jouissance compensatoire ».

« La personne traumatisée a un besoin infantile d'être secourue »<sup>2</sup>. La personnalité enfantine peu consolidée n'a pas la capacité d'exister sans le soutien de son entourage. Sans ce soutien, les mécanismes partiels, psychiques et organiques, divergent et explosent, parce que le centre du moi qui maintient normalement le tout ensemble ne s'est pas encore développé. Dans le cas où le trauma rencontre un moi plus évolué, les réactions de colère et les attitudes de défi atténueront son effet, mais comme l'enfant n'a pas encore développé ce moi et n'a qu'un ça, le tout ensemble s'effondre face à l'événement traumatique.

### **La commotion psychique :**

---

<sup>1</sup> Ferenczi S. (1932), Journal clinique, Paris, Payot, 2014, p. 117-118.

<sup>2</sup> Ibid., p. 373.



Un choc inattendu suspend toute activité psychique (la pensée et la perception), place l'appareil psychique dans une passivité totale et le livre au danger sans aucune possibilité de protection, car le psychisme ne peut pas se défendre contre l'inaperçue. Cette paralysie totale, aussi bien psychique que potentiellement physique, sera durablement interrompue, permettant au moi d'accepter sans résistance toutes les impressions mécaniques et psychiques, sans gardant une trace mnésique de ces impressions, même de manière inconsciente. Seule la répétition permettra d'accéder à ces impressions. En d'autres termes, le « choc » équivaut à l'anéantissement du sentiment de soi, ainsi qu'à la capacité de résister, d'agir et de penser.

« L'effet d'une commotion doit être particulièrement dangereux, qu'il s'agisse d'une frayeur soudaine ou d'une frayeur avec blessure corporelle en plus. »<sup>3</sup> Cette commotion survient dans des situations inattendues, où l'individu se trouve non préparé, sans aucune défense, sans résistance ni investissement de ses organes sensoriels. Alors que l'agression se manifeste sans avertissement, elle pénètre profondément dans l'organisme psychique et y demeure gravée de façon semblable à une suggestion post-hypnotique durable. L'effet de terreur augmente dans cet état. Lorsqu'une réaction émotionnelle est réprimée, interrompue ou refoulée, une partie de la personne entière est anéantie, menant à une « décomposition générale » équivalente à « la mort ». De nombreux cas de névroses, souvent en état de transe ou de rêve, montrent qu'une grande partie d'eux-mêmes est morte ou tuée et qu'ils la portent comme « un fardeau sans vie », c'est-à-dire en décomposition. Un enfant « anesthésié », dont la capacité l'autoprotection est paralysée par l'effroi ou la douleur, devient si sensible aux mouvements affectifs de l'agresseur qu'il ressent la passion de ce dernier comme la sienne. Ainsi, la « commotion » représente la réaction à une excitation qu'elle soit extérieure ou intérieure, qui modifie le soi plutôt que l'excitation elle-même. Cette néoformation du soi n'est envisageable qu'avec une destruction préalable partielle ou totale, ou une dissolution de soi. Un nouveau moi se forme à partir des fragments essentiels à la décompensation de celui-ci, et c'est l'intensité de l'excitation « insupportable » qui détermine le degré et la

---

<sup>3</sup> Ibid., p. 117.



profondeur de la décompensation du moi, pouvant aller d'un changement dans l'état de conscience jusqu'à la mort.

La suppression de la conscience pendant le choc atténue le caractère pénible de l'excitation. Son retour indique des lacunes de la mémoire ou des certitudes relatives à l'événement. En l'absence de modifications de la situation extérieure ou de la capacité du moi à supporter, le retour de la situation psychique traumatique est destiné à aboutir à « la désagrégation et la reconstruction (répétition) »<sup>4</sup>. Cela signifie que la compulsion de répétition est en réalité une tentative de retrouver « une meilleure liquidation ».

### **Quand l'aide extérieure fait défaut :**

L'enfant espère recevoir une aide extérieure en deux temps. D'abord, il attend une aide capable de le sauver et d'interrompre le traumatisme qu'il subit. Ensuite, après avoir traversé l'événement traumatisant, il attend de son entourage, en particulier de ses parents, qu'ils perçoivent sa douleur, l'écoutent, lui apportent leur soutien et réagissent. Lorsque l'enfant perd l'espoir d'une aide extérieure et arrive à bout de forces d'autodéfense, il s'abandonne à l'agresseur et ne lui reste qu'à espérer sa clémence, car un corps relâché, proche de la mort, sera moins détruit au moment de l'agression qu'un corps en résistance. Au moment traumatique, le psychisme se relâche, met en pause ses affects qui étaient mises au service de sa conservation (peur, angoisse...), et développe le sentiment d'être mort. À partir du moment où les expériences pénibles s'enchaînent sans secoure, l'enfant perd confiance à la bienveillance du monde extérieur, provoquant un clivage durable au sein de sa personnalité.

La partie clivée s'établit comme une « sentinelle » contre les dangers, essentiellement à la surface (peau et organes des sens). L'attention de cette « sentinelle » est dirigée vers l'extérieur, vers les objets du monde extérieur qui pourraient devenir dangereux, et n'est retirable que pendant le sommeil. Lorsqu'une personne ne parvient plus à tolérer le déplaisir, son manque de cohésion peut la conduire à une fuite des idées, une psychose hallucinatoire ou une désorganisation organique. Le trauma s'accroît lorsque l'entourage n'apporte aucune aide

---

<sup>4</sup> Ibid., p. 328.



psychologique immédiate à l'enfant et lorsqu'un changement de ses comportements lui est imposé. L'effet des agressions sexuelles ou d'autres formes d'agressions passionnées sur les enfants est plus grand que l'on pourrait imaginer. Souvent, une confusion douloureuse survient parce que les adultes nient l'agression, imputent une mauvaise conscience à l'enfant et le traitent comme étant digne de punition. Dans la plupart des cas, les parents essaient d'effacer le souvenir de cet événement de la mémoire de leur enfant, traitant l'événement traumatique par « ce n'est rien du tout » ; « rien n'est arrivé » ; « n'y pense plus ». Ce silence de mort plonge l'enfant dans la confusion et l'incapacité et l'empêche de faire confiance à ses propres pensées et actions tant qu'elles ne sont pas validées par ses parents. Si un adulte, face à un enfant en détresse, ne comprend pas sa souffrance, le punit, ou l'exige à se comporter comme un héros sans tenir compte de son immaturité psychique, ou bien s'il choisit de garder le silence, cela ne fait qu'aggraver le traumatisme de l'enfant.

### **Céder à la mort :**

Face à une agression génitale douloureuse, l'enfant tente de supporter la violente contradiction de toutes ses forces musculaires, mais lorsqu'il atteint un certain seuil, une forme d'insensibilité s'installe, bien qu'il ne perde pas connaissance. Il perçoit alors la scène de l'extérieur : il distingue un enfant mort et maltraité. Tout espoir de secours extérieur ou d'atténuation du trauma est abandonné. La mort n'est plus redoutée et la fin est inéluctable. Ayant abandonné toute attente d'aide extérieure, il se livre à une ultime tentative désespérée d'adaptation en simulant la mort. Cependant son attention, son sentiment et toute sa compréhension se tournent vers l'agresseur. Une résolution musculaire sera mise en place, permettant la reprise de la respiration et de la circulation suspendues. Il se réveille partiellement, mais ayant toujours le sentiment d'être mort. Lorsque les forces primaires intellectuelles sont sollicitées, leur disparation n'est plus facile ; il ne reste plus au psychisme qu'à s'adapter à cette situation, voire à s'adapter à la destruction du moi et à la mort. Dans les moments de grande détresse de danger, de mort, d'agonie ou d'état clairvoyance, le psychisme s'abandonne à la mort comme forme d'adaptation. Cette séparation entre l'âme et le corps permet en quelque sorte de continuer à vivre. Quand un enfant est agressé, il abandonne son âme à la mort pour pouvoir supporter la



violence, il survit avec une partie de son énergie et rétablit avec succès l'unité avec la personnalité pré-traumatique, mais éprouve, la plupart de temps, une perte de mémoire et d'amnésie rétroactive. Ce fragment d'amnésie représente la partie morte.

L'attente d'une mort certaine est plus douloureuse que la mort réelle. Se punir soi-même (se tuer) est plus supportable que d'être tué, car « si je me tue moi-même, je sais ce qui va arriver ». Le suicide est donc moins traumatique car « il n'est pas imprévu ». « Ce qui est traumatique, c'est l'imprévu, l'inexplorable, l'incalculable », cela veut dire que la menace extérieure inattendue, dont on ne saisit pas le sens, est insupportable. La peur, l'effroi devant « le trauma », « l'impossible », « l'impensable » provoquent une fuite vers des chemins déviés de la satisfaction de plaisir. Cela explique pourquoi certaines personnes se tirent une balle dans la tête par peur de mourir lors d'un duel, une bataille, ou une exécution. « Ce qui apparaît insupportable, c'est de se voir écrasé avec certitude par une force qui nous domine, de commencer même à sentir cet écrasement, alors que l'extrême tension de nos forces physiques et mentales paraît dérisoirement faible en comparaison de la violence de l'agression. (...) La peur d'une mort violente inévitable peut conduire à l'abandon-de-soi et, par cet intermédiaire, à une illusion ou une hallucination onirique. »<sup>5</sup> Même si la personne échappe à la mort réelle et au danger mortel grâce à une intervention extérieure ou parce que l'événement violent n'a pas été réellement mortel, le psychisme se trouve déjà frappé par la mort et par la menace d'être écrasé. Dans une situation traumatique, il existe deux manières de mourir : l'une à laquelle « le psychisme se résigne », et l'autre contre laquelle « le psychisme se proteste » jusqu'au bout. Une des formes de cette protestation est le déni de la réalité, qui s'exprime par la formation d'un trouble mental. La négation peut être « totale », conduisant à l'évanouissement, ou « partielle », déformant la réalité et la remplaçant par un rêve.

### **L'identification fantasmatique à l'agresseur :**

En 1932 (Journal clinique) Ferenczi présente d'une manière plus élaborée le processus psychique qui domine l'expérience de l'enfant lors de la scène traumatique : l'identification fantasmatique avec l'agresseur. L'enfant introjecte la

---

<sup>5</sup> Ibid., p. 326.



réalité extérieure de l'agresseur, de sorte qu'elle devienne une réalité intrapsychique. Cette expérience, qui est soumise au processus primaire, se transformera de manière hallucinatoire via le principe de plaisir en une expérience positive ou négative. Dans les deux types de transformation, l'agression cesse d'exister en tant que réalité extérieure, et pendant « la transe traumatique », l'enfant réussit à maintenir la position initiale de tendresse.

Face à l'agression, l'enfant se trouve dépourvu de toute émotion et de toute possibilité de défense, il ne lui reste qu'à s'identifier avec les objets de la terreur. Son Moi se trouvera dans l'obligation de fournir plus d'effort et de s'identifier avec l'image de l'agresseur pour pouvoir supporter et s'adapter à la violence. Il introjecte le sentiment de culpabilité de l'adulte-agresseur, du fait que cet acte honteux mérite une punition. L'enfant se clive en deux parties : une partie innocente et une partie coupable. Le clivage est alors la conséquence certaine du choc et de la frayeur. La personnalité régresse vers une phase pré-traumatique et cherche à le rendre irréel. L'enfant devient obéissant, voire soumis à cet abus sans se rendre compte des raisons de son attitude.

### **Le clivage :**

Les événements violents provoquent le sentiment d'« être mort » avec un relâchement total. La personne se sent déchirée en morceaux, détachée du reste de sa personne, à une distance infinie et/ou à une hauteur colossale. Suite au phénomène de l'« arrachement à la réalité », la personne se trouve capable de voir tout ce qui se passe autour d'elle (« la clairvoyance »). « Le refoulement du soi, la destruction du soi, est la condition préalable de la perception objective »<sup>6</sup>. Un instant, le soi disparaît, ne semblant plus exister, laissant place à des choses qui existent en dehors du moi. Lorsque certains événements ne répondent pas à la volonté ou à la prise de conscience de l'individu, et que celui-ci ressent l'existence d'une volonté autre que la sienne, il réalise sa fragilité et se retire lentement. Dans le traumatisme, la personne prend conscience de la déchirure entre le moi et le monde environnant, et la partie de l'expérience intérieure représentée par le geste et la parole sera séparée du moi propre comme monde extérieur. Cette image de

---

<sup>6</sup> Ferenczi S. (1930-1932), Le traumatisme, Petite bibliothèque Payot, 2006, p. 29.



l'extérieur imposée à l'organisme est utilisée pour l'orientation dans l'espace, alors que le reste du moi reconnaît encore le principe de réalité.

L'enfant se clive en un être psychique qui observe les événements de l'extérieur et un corps totalement insensible. Le psychisme, dont la fonction est de réduire les tensions émotionnelles et d'éviter les douleurs au moment de la mort, oriente sa fonction d'apaisement de la souffrance vers les souffrances, les tensions et les passions de l'agresseur, la seule personne à ressentir quelque chose. La disparition de sa propre personne constitue la base la plus profonde du sacrifice de soi au profit de l'autre (masochisme) ainsi que de l'identification à des tensions et souffrances qui ne lui appartiennent pas : « Je ne ressens donc même pas la douleur qui m'est infligée, puisque je n'existe pas. Par contre je ressens la satisfaction et la jouissance (lustbefriedigung) de l'agresseur, que je peux encore percevoir. »<sup>7</sup>

Le traumatisme clive la personne en deux ou plusieurs parties qui ne veulent rien savoir l'une de l'autre, et les fragments résultant de la désintégration prennent la forme d'une personne entière. L'abandon de la capacité de résister et la perte de la cohésion psychique et mentale entraînent une mort partielle. La part morte, dématérialisée, attire la part non encore morte, en particulier dans les cauchemars. Lorsque la quantité et la nature de la souffrance dépassent les capacités défensives, la personne cesse de supporter, et se fragmente en morceaux. Les fragments isolés souffrent isolément, ce qui apporte un soulagement soudain, car une souffrance divisée est moins douloureuse qu'une souffrance globale. Mais dire que l'être en souffrance est un être fragmenté ne veut pas dire que ces fragments ont perdu toute possibilité de réunification.

Ferenczi parle essentiellement de trois fragments<sup>8</sup> : Une partie qui souffre inconsciemment (inconsciemment), et qui n'est accessible que pendant le sommeil. Une deuxième partie tend à la conservation de la vie, génère des hallucinations, et anesthésie la conscience. Une troisième partie concerne le corps sans âme, dans laquelle le sujet développe l'impression d'être observé de l'extérieur, comme si c'était arrivé à quelqu'un d'autre. Un psychisme traumatisé crée une sorte de psyché artificielle pour un corps sans âme mais forcé à vivre. Les patients ne croient pas à la

<sup>7</sup> Ferenczi S. (1932), Journal clinique, Paris, Payot, 2014, p. 207.

<sup>8</sup> Ibid.,



réalité de l'événement traumatique, par conséquent, ils développent une attitude froide sans affect par rapport à l'événement, et ne ressentent plus l'angoisse, la terreur, la vengeance ou le deuil ... Si l'enfant subit plusieurs traumatismes psychologiques pendant son développement, les fragments clivés seront de plus en plus nombreux, et il sera plus difficile de maintenir le contact entre les fragments qui commencent à se comporter comme des personnalités distinctes (état de dissolution). Ferenczi propose alors une division en quatre êtres : À la surface, un être vivant actif avec un mécanisme bien réglé. Derrière cela se cache un être qui ne veut plus rien savoir de la vie. Derrière ce moi massacré, il se trouve les traces de la maladie mentale antérieure, exacerbées par cette nouvelle douleur. Ensuite, il y a l'être qui représente la maladie elle-même et qui réside dans une masse affective séparée, inconsciente et dépourvue de contenu. Ce qui est essentiel et innovant dans cette approche, c'est que l'être en souffrance ne se morcelle pas en fragments juxtaposés, mais en couches, la plus profonde étant celle du trauma (sans contenu).

L'affect associé à l'événement réapparaît sous diverses formes telles que des variations d'humeur, des explosions affectives, une susceptibilité, une dépression généralisée, une gaité compensatoire immotivée, ou encore divers ressentis corporels et troubles fonctionnels.

### **L'évolution du traumatisme :**

Le souvenir se forme et se développe à partir de ce moment de mort, de fragment de moi temporaire ou permanent, qui est à l'origine de l'effet de choc. « La mémoire est donc une collection de cicatrices de chocs dans le moi. »<sup>9</sup> La frayeur élimine totalement la rigidité du moi (la résistance), de sorte que le matériau du moi devient comme photo modelable. En fait, ce matériau est toujours modelé par l'excitation extérieure, la volonté étrangère qui s'impose au moi. Après une expérience traumatisante, le moi se constitue désormais du sujet « non troublé » et de la partie qui est devenue objet sous l'influence de l'événement traumatique. Les traces mnésiques sont équivalentes à une imitation permanente et la parole équivaut à l'histoire du trauma. Le moi est désormais constitué du reste du moi et des traces

---

<sup>9</sup> Ibid., p. 218.



mnésiques, et l'accès à la conscience se fait au moyen de la reproduction (geste, parole).

Selon Ferenczi, les abus sexuels sont en réalité plus courants qu'on ne le pense. Une infime portion des actes de séduction incestueuse envers les enfants commis par des proches est révélée, tandis que la majorité de ces agressions demeure secrètes. L'enfant se trouve bouleversé par le choc de l'agression et par son effort d'adaptation, n'ayant pas encore acquis la capacité de jugement suffisante pour critiquer les agissements de la personne en position d'autorité. Ses tentatives de jugement sont souvent déformées par l'attitude brutale ou menaçante de l'agresseur, ce qui le conduit à se reprocher d'avoir menti. L'enfant se sent intimidé par la menace d'un retrait d'amour, voire de sévices corporels, et commence à douter de ses propres sens et se réfugie souvent dans des rêves diurnes. Le sentiment de culpabilité éprouvé par l'enfant est en quelque sorte le reflet de la culpabilité de l'agresseur. Après avoir commis l'acte, l'agresseur adopte un silence, un désaveu et une conduite anxieuse. Il menace l'enfant tout en essayant de lui faire ressentir de la culpabilité et une impression de complicité. Lorsque les organes génitaux de l'enfant réagissent à l'excitation par des « sensations voluptueuses » et produisent un plaisir, la culpabilité de l'enfant s'accroît, le rendant conscient de sa prétendue responsabilité, voire le faisant se sentir comme un séducteur.

L'enfant peut développer des symptômes régressifs, comme les vomissements, qui peuvent déboucher sur une névrose traumatique, contribuant ultérieurement à l'émergence de symptômes névrotiques obsessionnels, de psychoses paranoïaques ou des particularités caractérielles. Dans le cas où l'agresseur est le père, l'enfant affronte seul la volonté de ce père-agresseur et la surdité et l'aveuglement de la mère. Cette solitude traumatique fissure son psychisme et rend l'agression encore plus traumatisante. À cet égard, Ferenczi nous enseigne que « l'effet durable du trauma provient de l'absence d'un environnement bienveillant, compréhensif et éclairant. » Pour que l'enfant puisse s'aider lui-même, il se clive « en celui qui aide et celui qui est aidé. »<sup>10</sup>

Le traumatisme sexuel ne se limite pas aux scènes où un enfant est impliqué, mais inclut aussi les situations où il est témoin de façon inattendue. Un enfant qui observe

---

<sup>10</sup> Ibid., p. 346.



soudainement le rapport sexuel de ses parents se sent livrée à ses propres peurs, il ne peut ni bouger ni crier ni fuir, et ressent du dégoût et de la haine envers eux. Cette scène semble insupportable pour lui, et pourtant il se retrouve contraint de subir ce qu'on lui a imposé soudainement.

Le caractère insupportable d'une situation conduit à « un état psychique voisin du sommeil », où l'événement se transforme sur un mode onirique et subit une déformation hallucinatoire positive ou négative. Dans le cas où le déplaisir dure sans qu'une aide extérieure survienne, l'enfant régressera à des stades encore plus lointains. Et à ce mouvement de régression s'ajoute un mouvement progressif qui permet un développement soudain de l'intelligence. Ferenczi suppose qu'« à la suite du choc, les sentiments sont arrachés aux représentations et aux processus de pensée, et profondément cachés dans l'inconscient, voire dans l'inconscient corporel, tandis que l'intelligence elle-même effectue la fuite en avant décrite plus haut. C'est l'effroi, cette force qui a arraché, dissocié, les sentiments des pensées ; mais ce même effroi est toujours à l'œuvre, c'est lui qui maintient séparés les contenus psychiques ainsi arrachés. »<sup>11</sup>

## **II- Destin du Psychotraumatisme :**

Au début de son œuvre en 1893, Freud s'est particulièrement penché sur le fantasme de séduction lié à l'hystérie. Vers 1920, il a élargi sa compréhension du traumatisme en y incluant des notions de répétition, de clivage et d'angoisse. À la fin de sa vie, en 1939, il a recentré ses réflexions sur le traumatisme en mettant l'accent sur la blessure narcissique.

### **Le souvenir du traumatisme :**

Dans *Études sur l'hystérie* (1893), Freud dit que la névrose traumatique est déterminée par l'émotion de la frayeur déclenchée lors de la survenue d'un traumatisme psychique. Dans l'hystérie, la cause de la plupart des symptômes hystériques a aussi une valeur psychique traumatique, car « tout incident capable de provoquer des affects pénibles : frayeur, anxiété, honte, peut agir à la façon d'un choc psychologique »<sup>12</sup>. L'événement traumatique est caractérisé par des

---

<sup>11</sup> Ibid., p. 361.

<sup>12</sup> Freud S. et Breuer J. (1893-1894), *Études sur l'hystérie*, Paris, PUF, 1965, p. 3.



circonstances d'apparence, et d'une particulière excitabilité. Le traumatisme psychique, qualifié d'un agent provocateur du symptôme, et son souvenir agissent à la manière d'un corps étranger qui reste actif. En cas d'absence d'une réaction suffisante, depuis les larmes jusqu'à la vengeance, le souvenir conserve toute sa valeur affective, et continue à agir de manière indépendante même après l'effacement du souvenir.

Comment donc cet affect peut avoir une possibilité de déchargement ?

Freud voit dans « le langage un équivalent de l'acte » qui abrégait l'affect. Mais l'abréaction n'est pas l'unique mécanisme psychique de déchargement chez un individu subissant un traumatisme. Le souvenir, non abrégé, « s'intègre dans le grand complexe des associations, y prend place à côté d'autres incidents pouvant même être en contradiction avec lui, et se trouve corrigé par d'autres représentations »<sup>13</sup>, par exemple le souvenir d'humiliation est corrigé par un sentiment de dignité. Freud distingue entre deux séries de conditions qui sont capables d'entraver la réaction au traumatisme. La première série est liée à l'engravement de la réaction du fait que la nature du traumatisme exclu toute réaction, soit parce que la situation sociale rendait cette réaction impossible, soit parce qu'il s'agit des événements que le malade veut intentionnellement les oublier et les maintenir refoulés en dehors de sa conscience. La deuxième série est liée à l'état psychique du sujet au moment de l'événement. On peut noter un point commun entre les deux groupes, dans le premier, le patient essaie d'oublier l'événement, l'excluant de ses associations, et dans le second, l'élaboration psychologique qui permet d'inscrire l'événement échoue, car il n'existait pas aucun lien associatif entre l'état conscient normal et l'état pathologique. Les souvenirs des incidents déclenchant les symptômes hystériques restent frais, mais ne sont pas facilement accessibles. La mémoire du malade ne garde aucune trace liée à ces événements, ou bien elle les garde à l'état de sommeil. Ces souvenirs correspondent à des traumatismes qui n'ont pas été suffisamment « abrégés ».

Freud mentionne qu'un traumatisme grave peut provoquer une dissociation. Ces états hypnoïdes se développent à partir des rêveries diurnes. Les souvenirs qui remontent au cours des accès hystériques « se rapportent à des traumatismes

---

<sup>13</sup> Ibid., p. 6.



psychiques ayant échappé à toute liquidation par abréaction ou par travail mental d'association. »<sup>14</sup>. Ils échappent totalement ou partiellement au souvenir conscient et forment les représentations des états hypnoïdes. Ces représentations représentent le fondement d'une condition seconde, qui à un moment donné, envahit toute l'existence du sujet à travers les symptômes et les réminiscences. Ces représentations pathogènes, oubliées et maintenues hors de la conscience chez ses patients névrotiques, sont généralement pénibles, inconciliables, chargées d'affects de honte, de remords et de souffrance morale.

Les souvenirs non oubliés font défaut à la mémoire des malades et correspondent à des traumatismes non déchargés. « Les représentations devenues pathogènes conservent leur fraîcheur et leur force d'affect que leur est refusée l'usure normale par l'abréaction et par la reproduction dans des états d'association non inhibée »<sup>15</sup>. Cela ne veut pas dire que le traumatisme psychique est déterminé uniquement par des souvenirs, mais aussi par l'état psychique du sujet au moment où s'est produit l'événement ; Et un seul symptôme ne veut pas dire qu'il faut s'attendre à la présence d'un seul souvenir traumatique issu d'une seule représentation pathogène, mais plutôt qu'il faut s'attendre à toute une série de traumatismes partiels et d'associations d'idées pathogènes.

L'ordre chronologique linéaire des incidents se trouve inversé ; l'incident le plus récent qui apparaîtra en premier, tandis que l'impression originelle produite au début de la série, apparaîtra en dernier. Le regroupement des souvenirs autour d'un noyau se fait selon un thème précis. A chaque couche que nous pénétrons pour nous rapprocher du noyau, la résistance augmente et les souvenirs deviennent plus difficiles à identifier. Le matériel ou le contenu pathogène joue « le rôle d'un corps étranger »<sup>16</sup>, qui fait trauma, mais qui, pour revenir, traverse une fente étroite pour arriver comme fragmenté dans le conscient. Ce retour se fait à travers les symptômes, les réminiscences et les rêves.

### Clivage de la conscience :

---

<sup>14</sup> Ibid., p. 11.

<sup>15</sup> Ibid., p. 32.

<sup>16</sup> Ibid., p. 235.



Freud (1894) pense que l'hystérie est acquise, elle se déclenche dans un moment, où le moi a témoigné d'un événement, d'une représentation, ou d'une sensation qui a éveillé un affect si pénible, que la personne essaye d'oublier volontairement. Cette contradiction entre la représentation inconciliable et le moi dépasse la capacité du travail de la pensée. L'échec de l'oubli volontaire conduit à diverses réactions pathologiques : une hystérie, une obsession ou une psychose hallucinatoire. Ces cas sont tous liés à un clivage de conscience. Le moi se défend contre cette représentation inconciliable et la traite comme « non arrivée ». Comme solution, il transforme cette représentation forte en représentation faible en lui arrachant l'affect (la somme d'excitation dont elle était chargée), de sorte qu'elle ne peut plus participer au travail associatif. Ce processus obligera au moi de conduire la somme d'excitation séparée de la représentation vers une autre utilisation.

Le processus de conversion consiste en ce que « la représentation inconciliable est rendue inoffensive par le fait que sa somme d'excitation est reportée dans le corporel »<sup>17</sup>. La représentation désagréable est convertie totalement ou partiellement dans le corporel, de sorte que l'innervation motrice ou sensorielle provoquée se trouve liée à l'événement traumatique. Par ce processus le moi se libère de la contradiction, mais se charge d'un symbole mnésique, d'une innervation motrice insoluble, ou d'une sensation hallucinatoire qui resurgissent sans cesse dans la conscience sous forme d'un parasite, qui persiste jusqu'à ce qu'une conversion en sens opposé se produise. L'excitation convertie dans une autre voie, retournera de temps en temps à la représentation dont elle a été détachée, menant ainsi la personne à une élaboration associative ou à une liquidation à travers les symptômes.

Quand le clivage hystérique se produit dans un « moment traumatique », il s'accroît dans d'autres moments que Freud appelle les moments « traumatiques auxiliaires » ; et lorsqu'une nouvelle impression de la même espèce parvient à faire effraction dans la barrière instaurée par volonté, elle apporte à la représentation affaiblie un nouvel affect, et établit pour un temps la connexion entre les deux groupes psychiques jusqu'à l'établissement d'une défense. « La répartition de l'excitation que l'hystérie cherche à atteindre, se révèle la plupart du temps comme labile ; l'excitation qui a été poussée sur une fausse voie (dans l'innervation

---

<sup>17</sup> Ibid., p. 4.



corporelle) parvient de temps en temps à retourner à la représentation dont elle a été détachée, contraignant alors la personne à une élaboration associative ou à une liquidation dans des attaques hystériques : c'est ce que montre l'opposition bien connue des attaques et des symptômes durables. »<sup>18</sup>. En cas d'une « inconciliabilité psychique » ou d'une « accumulation d'excitation », cette capacité de conversion, qui transforme les grandes quantités d'excitation en innervation corporelle, mène à l'hystérie. Alors que dans les phobies et les obsessions, où cette capacité de conversion est absente, l'affect séparé de sa représentation demeure dans le domaine psychique. La représentation affaiblie reste donc dans la conscience à part, isolée de toutes les associations, son affect se libère et s'attache à d'autres représentations non-inconciliables, qui se transformeront par la suite en représentations obsédantes. La représentation auxiliaire a un caractère quantitatif est capable d'augmentation, de diminution, de déplacement et de décharge, et s'étend sur les traces mnésiques des représentations.

### L'après-coup :

Selon Freud (1896) l'hystérie n'est comprise que lorsqu'elle est ramenée à une expérience traumatique vécue en rapport avec la vie sexuelle. Mais la présence d'un événement qui touche à la vie sexuelle et qui libère et réprime un affect pénible n'est pas suffisant. « Ces traumatismes sexuels doivent appartenir à la première enfance (à l'époque d'avant puberté) et leur contenu doit consister en une irritation effective des organes génitaux (processus ressemblant au coït) »<sup>19</sup>, dont la passivité sexuelle en des temps présexuels est un facteur étiologique accidentel. Les enfants restent sans action devant ce type d'attaques du fait de leur immaturité sexuelle. Cela veut dire que « ce ne sont pas les événements eux-mêmes qui ont une action traumatique, mais leur réviviscence sous forme de souvenir, après que l'individu a atteint la maturité sexuelle. »<sup>20</sup> Freud ne détermine pas l'âge inférieur et supérieur de cette petite enfance, mais fait la remarque qu'en général les traumas sexuels chez la plupart de ses patients remontent à la troisième ou à la quatrième année. Dans chaque cas, un ensemble de symptômes pathologiques ne sont explicables que si

---

<sup>18</sup> Ibid., p. 5.

<sup>19</sup> Ibid., p. 62.

<sup>20</sup> Ibid., p. 63.



l'on se réfère à ces événements infantiles. Autrement dit, les événements qui déclenchent l'hystérie ne font qu'éveiller la trace mnésique des traumatismes infantiles, la trace qui libère à la fois l'affect et le refoulement.

Les expériences et excitations vécues après la puberté, qui préparent ou provoquent l'émergence de l'hystérie, agissent uniquement en réactivant la trace mnésique de traumatismes infantiles. Cette trace, qui reste inconsciente, conduit à la libération d'affect et au refoulement. Ce rôle des traumatismes survenant à un stade ultérieur est en accord avec le constat qu'ils ne sont pas nécessairement liés de manière rigide aux traumatismes infantiles, mais qu'ils peuvent varier en degré et en type, allant de véritables abus sexuels à des interactions moins graves ou à des perceptions d'actes sexuels chez autrui, ainsi qu'à des connaissances acquises sur les comportements sexuels. Dans les notes de bas de page rajoutées quelques années plus tard, Freud ajoute que « L'occasion où surgit cette angoisse virginale ne correspond précisément pas à la première rencontre de la sexualité, mais que chez ces personnes il s'est produit auparavant, dans les années d'enfance, une expérience de passivité sexuelle, dont le souvenir est éveillé lors de la « première rencontre ». »<sup>21</sup> Lorsque l'expérience sexuelle est arrivée à l'époque de l'immaturité sexuelle, et que son souvenir est réveillé à la maturité, le souvenir répond par une excitation plus forte que l'excitation ressentie pendant l'événement originaire, car entre-temps, la puberté a augmenté la capacité de réaction de l'appareil sexuel. « Les traumatismes infantiles agissent après-coup comme des expériences neuves, mais alors de façon inconsciente. »<sup>22</sup>

### **L'angoisse :**

En 1926, Freud s'attarde sur trois importantes notions : l'angoisse, le symptôme et l'inhibition.

Lors d'un événement traumatique, le principe de plaisir échoue et livre le psychisme à son incapacité à liquider l'émotion. L'aspect quantitatif décide donc du sort de l'excitation, il fait plonger le psychisme dans l'impression d'un moment traumatique, paralyse le fonctionnement du principe de plaisir et donne une

---

<sup>21</sup> Ibid., p. 65.

<sup>22</sup> Ibid., p 65.



signification à la situation de danger. Les moments traumatiques surviennent donc dans les moments où l'angoisse n'est pas éveillée. Freud note que le moi adopte le même processus de défense face au danger intérieur comme face au danger extérieur. En cas de danger extérieur, l'organisme retire son investissement de la perception du danger afin qu'il puisse accomplir des actes musculaires permettant la fuite. Freud attribue au refoulement cette valeur de tentative de fuite.

Freud s'interroge d'abord sur ce qui précède l'autre : l'angoisse ou le refoulement ? En analysant le symptôme et son rôle, il conclut que l'angoisse surgit en premier, ce qui ouvre la voie à la formation des symptômes ultérieurement. Le symptôme se forme alors dans le but d'éviter l'angoisse et de la lier psychiquement. Cela, selon lui, de quoi on a peur dans l'angoisse, on a peur d'un danger intérieur : sa propre libido. C'est donc l'angoisse qui engendre le refoulement, et non l'inverse, et le symptôme résulte de la motion pulsionnelle pulsion réprimée par ce refoulement. Dans le cas où le moi, qui a pour objectif d'éliminer l'étrangeté et l'isolement du symptôme, échoue à y parvenir malgré ses efforts pour l'intégrer et le relier à lui-même, il choisit plutôt d'optimiser les bénéfices qu'il peut en tirer. Freud nous invite même à envisager que le moi ait précisément créé ce symptôme dans le but de profiter de ses bénéfices.

Le symptôme est le signe d'un processus pathologique qui renvoie à une modification inhabituelle d'une fonction, tandis que l'inhibition renvoie à la limitation normale d'une fonction, et non pas forcément à un mouvement pathologique. Dans certains cas où l'abaissement de la fonction est important, l'inhibition peut faire symptôme. Les perturbations de la fonction sexuelle telle que le déplaisir psychique, l'absence d'érection, l'éjaculation précoce, ce sont des symptômes qui éprouvent cette face pathologique de l'inhibition. Certaines de ces inhibitions viendront comme moteur de renoncement à certaines fonctions, mais cèdent ainsi la place au développement de l'angoisse. Lorsque les inhibitions concernent, par exemple, un deuil, une immense répression d'affect ou de fantasmes sexuels qui ne cessent de remonter, le moi perd son énergie et recourt à l'inhibition pour limiter sa dépense. « Les inhibitions donc sont des limitations des fonctions du



moi, ou bien par prudence, ou bien par suite d'un appauvrissement en énergie. »<sup>23</sup> Les symptômes spécifiques de chaque névrose (l'hystérie de conversion, la névrose obsessionnelle-compulsive et la phobie) découlent du refoulement d'une représentation traumatisante. Mais ce refoulement ne porte que sur l'événement, et non pas sur le vécu psychologique qui est à l'origine de l'angoisse.

Dire que l'angoisse constitue la réaction du moi au danger, c'est dire que la névrose traumatique qui concerne un danger réel mortel est la conséquence d'une angoisse de mort, et non pas d'une angoisse de castration. Pouvons-nous alors conclure que l'élément sexuel n'est pas impliqué dans toutes les névroses traumatiques ? Pour répondre, Freud élargit le sens de la castration : elle renvoie désormais non seulement à la privation de l'organe masculin mais aussi à la séparation du contenu de l'intestin et à la perte du sein maternel. L'angoisse de mort fait partie de l'angoisse de castration, dans laquelle le moi fait face à un danger, dont il doit se protéger. « ...Lorsqu'on vit des événements qui débouchent sur la névrose traumatique, la protection externe contre les stimuli est brisée et de gigantesques quantités d'excitation approchent de l'appareil psychique, en sorte que réside ici la deuxième possibilité de voir l'angoisse être non seulement signalée en tant qu'affect, mais aussi produite à partir des conditions économiques de la situation »<sup>24</sup>.

Freud définit l'angoisse comme un affect déplaisant, mais il précise que tout déplaisir n'est pas nécessairement angoissant. Il s'agit donc d'un état de déplaisir particulier accompagné de réactions de décharge. Lorsque le moi se trouve dans une situation de danger, il ne réagit pas par une angoisse adéquate à la situation, mais adopte plutôt la réaction à un danger antérieur. Il dit alors que « le moi est le véritable lieu de l'angoisse »<sup>25</sup>, car c'est lui seul qui éprouve cet état affectif. Parmi les sources d'angoisse, Freud souligne l'absence de décharge d'excitation sexuelle. Ainsi, l'excédent de libido non exploité trouve sa décharge dans le développement de l'angoisse. Si dans les phobies la condition d'angoisse est la menace de castration, et dans la névrose de contrainte c'est l'angoisse du surmoi, dans l'hystérie c'est la

---

<sup>23</sup> Freud S. (1926), *Inhibition symptôme et angoisse*, Paris, Petite bibliothèque Payot, 2014, p. 91.

<sup>24</sup> *Ibid.*, p. 158-159.

<sup>25</sup> *Ibid.*, p. 175.



perte d'amour qui fait condition d'angoisse. Freud conclut donc qu'il existe une relation causale entre le développement de l'angoisse et la situation de danger. Les symptômes sont formés dans le but de permettre au moi d'éviter la situation de danger ; dans le cas où cette formation de symptôme est empêchée, le danger survient réellement. La formation de symptôme a deux aspects : l'un qui retire le moi du danger, l'autre qui travaille sur la formation de substitut. Échapper à un danger extérieur est aussi une tentative de fuite devant un danger pulsionnel. La perte d'objet, ou plus précisément la perte d'amour du côté de l'objet et la menace de castration sont des dangers réels extérieurs qui deviendront des dangers internes.

Dans *Angoisse et vie pulsionnelle* (1932), Freud propose une définition plus élaborée de l'angoisse qui l'accompagnera tout au long de son œuvre. Il nous dit que l'angoisse est un état d'affect influencé par les sensations de la série plaisir-déplaisir bien perçues par le moi, et distingue l'angoisse réelle qui renvoie à une réaction au danger ou à une attente d'un endommagement provenant de l'extérieur de l'angoisse névrotique qui demeure énigmatique et qui n'a pas de finalité. Cette dernière résulte soit d'une transformation de la libido, soit d'un refoulement. La représentation refoulée va être déformée jusqu'à ce qu'elle soit méconnaissable ; mais l'affect (d'agression ou d'amour) qui lui est attaché va être transformé en angoisse.

Freud mentionne que chaque âge de développement est corrélé à une condition d'angoisse spécifique ; et toutes ces situations et conditions de danger peuvent continuer à exister et à donner au moi un modèle de réaction à l'angoisse. Le caractère de la petite enfance n'est pas outillé et préparé pour maîtriser de grandes sommes d'excitation provenant de l'extérieur ou de l'intérieur. Cela ne veut pas dire que l'adulte est toujours préparé contre toute situation dangereuse. « Contre le retour de la situation d'angoisse traumatique originaire, le fait d'être adulte n'offre lui non plus, au bout du compte, aucune protection suffisante ; il devrait exister, pour chacun, une limite au-delà de laquelle son appareil psychique n'assume pas la maîtrise des masses d'excitation qui réclament d'être liquidées »<sup>26</sup>. Le névrosé se distingue du non névrosé par le fait que ses réactions sont plus augmentées face à ces dangers. Celui qui n'était pas capable de contrôler l'excitation initiale qui a

---

<sup>26</sup> Ibid., p. 188-189.



accompagné la situation originaire éprouve une défaillance dans les situations de danger sexuel qui surgiront soudainement dans la névrose. Quand le moi est obligé à écarter une motion pulsionnelle, par le biais du refoulement par exemple, il sacrifie au même temps cette inhibition de cette partie du ça, une partie de sa propre souveraineté.

La différence entre l'angoisse réelle et l'angoisse névrotique est que l'angoisse réelle est une angoisse éprouvée devant un danger réel, alors que l'angoisse névrotique est l'angoisse éprouvée face à un danger méconnaissable, pulsionnel. Cette différence n'empêche qu'ils soient traités pareillement. La différence entre la situation de danger et la situation traumatique est que dans la situation de danger le psychisme se trouve dans un état d'attente, il attend une situation de désarroi, ou une expérience traumatique qui rappelle l'une des expériences traumatiques déjà vécues. Le psychisme répond donc par un déclenchement d'angoisse. « L'angoisse est donc d'une part attente du trauma et d'autre part répétition atténuée de celui-ci »<sup>27</sup>. Alors que dans une situation traumatique, le psychisme se retrouve dans l'impuissance et la passivité totale en l'absence de toute angoisse, où coïncident danger extérieur et danger intérieur, danger réel et prétention pulsionnelle. La situation de danger est celle qui est perçue, mémorisée et attendue, caractérisée par un sentiment d'impuissance et de désarroi. L'angoisse représente la réponse initiale à ce désarroi, une réponse qui se manifeste par la suite dans des situations périlleuses, sous la forme d'un cri à l'aide. Le moi, qui a subi le traumatisme de manière passive, répète désormais de manière active une version atténuée de cette expérience traumatique.

### **La névrose traumatique :**

En 1939, vers la fin de sa vie, Freud présente sa dernière conceptualisation du traumatisme psychique. Il affirme que la névrose traumatique remonte aux impressions vécues à l'enfance, mais qui n'ont pas été liquidées normalement. Ces impressions seront oubliées ou bien plus précisément refoulées. Il souligne comme caractères communs à ces expériences traumatiques : 1- « tous ces traumas appartiennent à la prime enfance, jusqu'à 5 ans environ. Les impressions de cette époque où débute l'aptitude au langage se révèlent particulièrement intéressantes ;

---

<sup>27</sup> Ibid., p. 219.



la période de 2 à 4 ans apparaît comme la plus importante. 2- les expériences vécues en question sont en règle générale totalement oubliées, ne sont pas accessibles au souvenir, et tombent dans la période d'amnésie infantile qui, la plupart du temps, est traversée par des restes de souvenirs isolés, appelés souvenirs-écrans. 3- il se rapportent à des impressions de nature sexuelle et agressive, et à des dommages précoces subis par le moi (vexations narcissiques). »<sup>28</sup> Nous pouvons donc relever trois points communs dans les traumas : l'occurrence précoce au cours des cinq premières années, l'oubli, et le contenu sexuel-agressif. Ces traumas sont soit des expériences vécues réellement et ressenties par le corps, soit des impressions (des choses vues et entendues).

Le trauma à l'enfance peut déclencher immédiatement une névrose infantile avec une formation de symptômes et une défense importante. Cette névrose infantile peut durer et causer des troubles frappants, comme s'elle peut passer de manière latente, inaperçue. Elle est suivie généralement par une période de développement sans troubles apparents et soutenue par le stade du développement de latence. Ce n'est que plus tard ou bien à la puberté que la névrose réapparaît dans sa forme définitive en tant qu'effet retardé du trauma. La névrose est donc une tentative de guérison, de réinstaurer les parties désintégrées du moi du fait du trauma et les réunifier encore une fois pour faire face au monde extérieur. Le développement d'une névrose nécessite : un trauma précoce, les effets immédiats du trauma, une défense, une latence, le retour partiel du refoulé et une déclaration de la maladie. Le contenu sexuel agressif qui caractérise le trauma précoce demeure refoulé, mais qui, après une période de latence, commence à agir sous forme de symptômes.

La trace mnésique des expériences précoces demeure intacte en lui, mais dans un état psychologique particulier. Ce qui est oublié n'est pas supprimé, mais simplement « refoulé » ; ses souvenirs demeurent intacts mais sont isolés par des contre-investissements. Ils ne peuvent interagir avec d'autres processus intellectuels, car ils sont inconscients et inaccessibles à la conscience. De plus, certaines parties du refoulé pourraient être exclues de ce processus, restant accessibles au souvenir et réapparaissant occasionnellement dans la conscience ; mais même dans ce cas, ces

---

<sup>28</sup> Freud S (1939), *L'homme moïse et la religion monothéiste*, Paris, GF Flammarion, 2019, p. 189.



souvenirs sont isolés, comme des éléments étrangers sans corrélation avec le reste. Freud précise que Le refoulé tente de retourner à la conscience dans trois cas : 1- s'il y a une diminution de l'investissement ou une autre répartition des énergies d'investissement dans le moi. 2- s'il y a un renforcement de l'éléments pulsionnel associé au refoulé. 3- si un événement récent vient réveiller le refoulé. Ce qui est nouveau se renforce grâce à l'énergie latente du refoulé, et ce dernier commence à agir en arrière-plan du récent, en s'appuyant sur celui-ci. Ainsi le refoulé réapparaît, mais déformé sous l'influence de la résistance psychologique.

Il souligne que la perception appartient en général à la conscience, mais les processus de pensée et tout ce qui se déroule dans le ça appartiennent à l'inconscient et ne peuvent accéder à la conscience qu'à travers des restes mnésiques de perceptions. Quant aux impressions des traumatismes précoces « soit elles ne sont pas traduites en préconscient, soit elles sont rétrogradées par le refoulement à l'état de ça. Leurs restes mnésiques sont alors inconscients et agissent depuis le ça. »<sup>29</sup>

### **III- Carences dans les soins primaires :**

Avec D. Winnicott, la réflexion sur le traumatisme prend une nouvelle tournure. Le traumatisme n'est pas toujours un événement objectivement vécu, mais plutôt c'est ce qui ne s'est pas passé alors qu'il aurait dû advenir<sup>30</sup>. Ce type de traumatisme se produit durant l'enfance dans la relation parent-nourrisson. Un rapport fusionnel qui ne permet pas une séparation sereine et un rapport négligeant des besoins de l'enfant représentent des carences liées aux soins parentaux. Lorsque ces soins ne parviennent pas à s'adapter aux besoins psychiques et physiologiques de l'enfant, son monde interne s'effondre.

### **La désintégration et la dissociation :**

Selon Winnicott (1945), il y a trois processus primaires de développement : l'intégration, la personnalisation, et la réalisation. Il suppose une non-intégration primaire, à laquelle conduit la régression. La désintégration de la personnalité remonte et trouve ses racines dans l'état primaire de non-intégration. « Le retard ou le défaut en matière d'intégration primaire prédispose à la désintégration en tant que

---

<sup>29</sup> Ibid., p. 223.

<sup>30</sup> Winnicott D. (1961), De la pédiatrie à la psychanalyse, Paris, Payot, 2018.



régression ou en tant que suite d'échecs dans d'autres types de défense. »<sup>31</sup> L'intégration repose sur deux séries d'expériences : les soins infantiles qui maintiennent l'enfant au chaud, propre, bercé, appelé par son nom etc., et les expériences instinctuelles aiguës qui, de l'intérieur, rassemblent les éléments de la personnalité et font un tout. Dès le début de sa vie, l'enfant tend à l'intégration, mais il y a des enfants, chez lesquels ce processus est retardé, ou il y a des retours en arrière, en raison d'une inhibition précoce des accès voraces. Winnicott souligne ici la différence entre deux concepts principaux : la désintégration et la non-intégration, où la première est effrayante alors que la seconde ne l'est pas. L'être appelé « la mère » n'est aperçu comme une seule personne totale que graduellement à travers les soins offerts, les visages associés à ces soins, les sons et les odeurs. Ainsi, l'état psychotique de non-intégration remonte à un stade primitif normal du développement affectif de l'individu. Certains états chargés de crainte ou de déni de la folie ou de crainte ou de déni de la capacité innée que possède tout être humain de devenir non-intégré, dépersonnalisé et de se sentir que le monde est irréel, ne sont pas exclusifs aux états psychotiques, ils peuvent apparaître dans d'autres états comme celui d'un grave manque de sommeil. Le sentiment d'intégration provient des expériences paisibles et répétées de soins corporels prodigués à l'enfant. La qualité de ces expériences détermine le degré de la personnalisation satisfaisante. Pour parler de la désintégration, Winnicott parle du phénomène de la dépersonnalisation qui est associé à des retards de personnalisation précoces. Il évoque le phénomène des « amis imaginaires » de l'enfance lié à la personnalisation, qui, selon lui, n'est pas une simple construction fantasmatique, mais parfois des autres self très primitifs. Ce phénomène peut être considéré comme une défense contre les angoisses liées à l'incorporation, à la digestion, à la rétention et à l'expulsion. La dissociation est issue de la non-intégration, ce qui veut dire qu'elle n'est pas initialement pathologique. Lorsque l'intégration est inachevée ou partielle, elle cède la place à la dissociation. Lorsque l'enfant devient capable de remémorer et de communiquer ses rêves, cela représente une rupture de dissociation, mais dans le cas où la personne ne se souvient jamais clairement de ses rêves, ou dans le cas d'enfants qui ont besoin d'un adulte pour pouvoir se souvenir de ce dont ils ont

---

<sup>31</sup> Winnicott D. (1945), « Le développement affectif primaire », in *De la pédiatrie à la psychiatrie*, Paris, Payot, 2018, p. 72-73.



rêvé, cela représente une dissociation. La dissociation peut trouver ses origines dans l'alternance d'états de veille et de sommeil remontant à la naissance. L'état de veille représente une dissociation de l'état de sommeil. Elle est donc un mécanisme de défense présent dans la vie individuelle, comme dans le somnambulisme, l'incontinence fécale, certaines formes de strabisme ou dans les maladies mentales, ainsi que dans la vie collective, comme dans la guerre et la paix.

### Une naissance traumatique :

Winnicott (1949) distingue entre l'expérience de la naissance et le traumatisme de la naissance, car il se peut que la naissance se passe sans souffrance et sans dégâts. Alors que le traumatisme de naissance renvoie à une expérience anormale, voire traumatisante. Il distingue cependant trois catégories de naissances : la première est normale, saine, positive, précieuse, d'une signification limitée, offrant le schème d'un monde de vie naturel, préparant l'individu à d'autres expériences ultérieures et facilitant le développement de la confiance en soi, du sentiment de stabilité et de sécurité. La seconde catégorie est une naissance difficile, qui se situe entre la normale et la traumatisante. La troisième catégorie est la naissance strictement traumatisante. L'expérience de la naissance est importante, elle peut avoir un impact sain sur le développement affectif de l'individu comme elle peut provoquer des troubles à l'âge adulte.

Parler du traumatisme de la naissance et de l'angoisse qu'il génère ne veut pas dire que Winnicott réduit l'angoisse à l'expérience de la naissance et que l'individu naît sans angoisse et seule cette expérience la détermine. Le terme « angoissé » renvoie, selon lui, à un individu pris par une « expérience physique (que ce soit dans l'excitation, de la colère, de la peur, ou n'importe quoi d'autre) qu'il ne peut ni éviter ni comprendre ; c'est dire qu'il ne se rend pas compte (he is unaware), pour l'essentiel, des raisons de ce qui lui arrive. »<sup>32</sup>. La naissance traumatique est vécue comme une perte d'identité, suscitant un sentiment aigu d'insécurité, car il provoque une « perte de la continuité de self et même à une absence d'espoir congénitale (et non héritée) à l'égard de l'accession à une vie personnelle. »<sup>33</sup> Le

---

<sup>32</sup> Winnicott D. (1949), « Les souvenirs de la naissance, le traumatisme de la naissance et l'angoisse », in *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot, 2018, p. 140.

<sup>33</sup> Ibid., p. 144.



petit enfant non préparé la vit comme « un empiètement prolongé de la part de l'environnement »<sup>34</sup>, et chaque particularité de l'empiètement sera gravée dans la mémoire de l'individu et deviendra familière lorsque les patients revivent les expériences traumatiques plus tard dans la vie. Le souvenir de la naissance traumatique porte le sentiment d'être sous l'emprise de quelque chose d'externe, ce qui l'expulse dans un ressenti d'impuissance. Ce ressenti est associé à la notion de l'intolérable, l'intolérable dans une situation que l'individu ne sait quand elle prendra fin. Ce qui rend la naissance traumatique, outre la pression ou d'autres difficultés, c'est que le nourrisson ne comprend pas que le processus de la naissance est limité dans le temps. Deux degrés de traumatisme de la naissance sont soulevées, l'un courant et dont les effets peuvent être annulés avec une bonne adaptation des soins maternels aux besoins infantiles, l'autre est traumatique, dont même une bonne série de soins maternels est incapable d'annuler les effets.

Winnicott souligne l'importance de la notion quantitative des empiètements de l'environnement. Dans le cas où la quantité de ces empiètements est supérieure à la normale, elle générera des réactions et, dans certains cas, ne permettra pas au développement affectif de se développer sainement, même si le monde extérieur le favorise. Nous notons que le traumatisme de la naissance ne détermine pas le schème de l'angoisse ultérieure, que celui de la persécution ultérieure, mais il peut déterminer indirectement la façon dont l'angoisse se manifeste dans certains cas.

### **L'insécurité et l'angoisse :**

Selon Winnicott (1952), certaines sensations corporelles pouvant menacer l'équilibre du corps chez l'adulte sont généralement associées à ce qui menace le maintien de la position debout. Ces sensations, qui sont associées à l'angoisse, peuvent apparaître sous forme d'idée, comme la peur de tomber ou la peur de l'altitude. Ces sensations et ces peurs ne sont pas nouvelles, car elles caractérisent la toute première enfance. Avant que l'enfant ne puisse se tenir debout et marcher, son équilibre se trouve menacé. L'enfant fournit plus d'efforts pour conserver la sécurité éprouvée lors de la présence et du soutien de la mère. Au fur et à mesure qu'il maîtrise mieux son corps, se tient debout, marche et saisit des objets, cette sécurité sera donnée, non plus par la mère, mais par le sol. Ceci explique pourquoi

---

<sup>34</sup> Ibid., p. 143.



la terre est symbolisée comme la mère, et les troubles névrotiques de l'équilibre sont dus à des situations conflictuelles de dépendance à l'égard de la mère. Cela signifie que la relation mère-enfant occupe une place importante dans le développement de l'individu, et que l'angoisse la plus primitive est liée à l'insécurité provoquée par la façon dont le bébé est tenu. Grâce aux soins adéquats offerts au nourrisson, l'intégration s'établit graduellement et la personne commence à exister. Notons que dans le cas contraire, le défaut de soins conduit, non pas à la non-intégration (l'état primitif infantile déjà connu), mais à la désintégration.

Dans le texte *L'angoisse liée à l'insécurité*, Winnicott parle de trois types d'angoisse qui peuvent découler de la carence de soins maternels : 1- la désintégration qui vient de la non-intégration ; 2- la dépersonnalisation qui résulte du manque de la relation entre la psyché et le soma ; 3- le sentiment que le centre de conscience est transféré du noyau à l'enveloppe, de l'individu aux soins, à la technique.

En ce sens, la relation objectale est plus primitive que la monorelation, et nous pouvons dire carrément qu'elle l'a permise à travers l'introjection de l'objet. Au début de sa vie, un bébé ne peut pas exister seul, il est toujours accompagné de quelqu'un. On se trouve en présence d'un couple nourrice-nourrisson. Cela nous laisse entendre que l'environnement fit un élément indispensable dans la formation de la structure de l'individu, et c'est grâce aux bons soins offerts au bébé qu'il sort de sa coquille et devient un individu. Une technique de soins adéquate parvient à neutraliser les attaques externes et préserve des sentiments de désintégration et de perte de contact entre la psyché et le soma. Une technique suffisamment bonne permet au centre de gravité de se loger au centre même de l'individu, dans le noyau plutôt que dans la coquille. À partir de ce centre, l'individu en tant qu'entité commence à se développer et ce centre commence à se situer dans le corps de l'enfant, et à partir de là l'existence d'un monde extérieur deviendra possible, en formant une frontière et un dedans. Le monde extérieur n'existe pas dès le début, il ne commence à exister que lorsque l'individu existe en tant qu'entité. Il est normal que tout au début de sa vie, le nourrisson tombe, lorsque ces soins ne sont pas adéquats, dans « un état de non-intégration, ou perdre le contact avec son corps, ou bien de venir le contenant au lieu d'être le contenu sans en souffrir le moins du



monde. »<sup>35</sup> Et c'est normal que l'environnement accroît les carences en parallèle avec le développement de l'enfant après avoir été parfaitement adapté à ses besoins. Le problème se pose lorsque ces carences dépassent les capacités d'adaptation du nourrisson, et dans ce cas elles seront à la base d'une crainte de la folie, qui signifie l'absence d'angoisse lors de la régression vers un état de non-intégration, de disparition du sentiment que l'on a de vivre à l'intérieur du corps etc., entraîne une régression irréversible.

### **Le traumatisme dans la relation parent-nourrisson :**

Selon Winnicott, « il n'existe pas de traumatisme qui soit extérieur à la zone de toute-puissance de l'individu. »<sup>36</sup> Au début de la vie, dans les stades primitifs, le nourrisson et les soins maternels sont fusionnels, l'un dépend de l'autre, et forment une unité. Ces soins fondent les bases de sa santé mentale. Le nourrisson est le terme qui renvoie dans l'œuvre de Winnicott au stade antérieur à la représentation par le mot et à l'utilisation des symboles verbaux, c'est la période pendant laquelle l'enfant dépend entièrement des soins maternels et de son empathie. C'est la période où le développement du moi est caractérisé par l'intégration, et c'est la période où les forces instinctuelles passent de l'extérieur à l'intérieur afin de renforcer le moi. Dans le cas où le développement n'est pas normal, cette évolution ne sera pas atteinte. Dans la psychose infantile, par exemple, le ça restera partiellement ou totalement extérieur au moi, et les satisfactions instinctuelles resteront physiques et menaceront la structure du moi. Cela nous laisse entendre que la maîtrise du ça dépend de ces soins précoces qui rendent le moi de l'enfant puissant et stable. Il existe un stade où « le nourrisson n'existe qu'en raison des soins maternels, avec lesquels il forme un tout, une unité. »<sup>37</sup> Ces soins doivent être adaptés aux besoins spécifiques et croissants du nourrisson. Dans ce même texte, Winnicott rappelle que l'angoisse dans les premiers travaux psychanalytiques a été principalement l'angoisse de la

---

<sup>35</sup> Winnicott D. (1952), « L'angoisse liée à l'insécurité », in *De la pédiatrie à la psychiatrie*, Paris, Payot, p. 236.

<sup>36</sup> Winnicott D. (1961), « La théorie de la relation parent-nourrisson », in *De la pédiatrie à la psychiatrie*, Paris, Payot, 2018, p. 419.

<sup>37</sup> Ibid., p. 426.



castration ou l'angoisse de séparation, et ajoute qu'il y a une autre angoisse qui semble plus importante, c'est l'angoisse d'annihilation.

Les soins fournis par l'environnement évoluent en même temps que le développement du nourrisson. Ce développement se déroule principalement en trois étapes distinctes. 1) le maintien du nourrisson. 2) La vie commune de la mère et de l'enfant. 3) Puis la vie commune du père, de la mère et de l'enfant. Le premier stade, qualifié de stade de « maintien », a été celui qui a fait l'objet des plus nombreuses interrogations selon Winnicott.

À ce stade, le moi passe de l'état « non-intégré » à une « intégration structurée », et que l'enfant ressent « l'angoisse de la désintégration ». Dans le cas où ce développement est normal et où les soins offerts sont continus et fiables, l'enfant maintient la capacité de revivre des états non intégrés, atteignant ainsi progressivement « l'état d'unité » et devenant alors une personne, un individu. Cet état d'unité permet l'installation de la psyché dans le soma, ça veut dire qu'il permet à l'existence psychosomatique de prendre forme et de se développer selon un schéma personnel. Ce passage d'une relation avec « un objet conçu subjectivement » à une relation avec « un objet conçu objectivement », d'un état fusionnel d'avec la mère à un état de différenciation et de la perception qu'elle est une personne séparée et « non-moi » est l'entrée dans la vie sociale qui nécessite un maintien suffisamment solide et constant. Pendant le stade de maintien, le nourrisson évolue d'une dépendance absolue à une dépendance relative, avant d'atteindre l'indépendance. À ce dernier stade atteint, s'établit, la dissimulation du noyau de la personnalité. Cette dissimulation de ce self nécessite de bons soins maternels ; des soins inadéquats vécus comme des empiètements menacent ce phénomène, produisant une angoisse majeure et forçant l'apparition de défenses. L'organisation du moi incorporera ces empiètements et fera en sorte qu'ils soient vécus comme des projections. Le noyau central n'est plus suffisamment dissimulé, ce qui donne lieu aux angoisses psychotiques. « L'individu normal » selon l'auteur devient rapidement invulnérable, mais cette dissimulation sera modifiée qualitativement et quantitativement. La défense-réponse trouvée ici est l'organisation d'un faux self.



Un traumatisme est une séduction, une menace pour la continuité du moi, ou une menace constituée par une expérience instinctuelle qui n'est pas en harmonie avec le moi et à laquelle le moi n'est pas prêt à y faire face. À ce stade, l'angoisse est liée à la menace d'annihilation. Deux chemins seront possibles à ce stade : la continuité d'être ou l'annihilation. L'environnement maintient la continuité du moi du nourrisson en minimisant les empiètements qui suscitent une certaine réaction chez le nourrisson. Dans le cas de développement normal, le nourrisson prouve un sentiment de continuité de l'existence et permet l'incorporation des empiètements de l'environnement dans le champ de la toute-puissance. La compréhension des besoins de l'enfant dans une relation fusionnelle a un temps limité avant que les changements ne commencent à se produire. Dès que l'enfant commence à se différencier de sa mère, l'attitude de cette dernière, change et réalise qu'à ce stade que son bébé n'attend plus d'elle la compréhension « magique » de ses besoins maintenue jusque-là. La mère commence à concevoir que son nourrisson a développé une nouvelle capacité, celle de produire un signal (le cri, la protestation, les pleurs ...), qui l'invitera à répondre à son besoin. Si à ce stade elle continue à trop comprendre ce dont son bébé a besoin, elle perturbera, voire empêchera, l'évolution vers une relation objectale car elle empêchera la production de ce signal, et continuera à le traiter comme s'il est encore en état de fusion. Cela signifie que si la mère, à ce stade de différenciation, persiste à être une bonne mère en répondant magiquement aux besoins de son enfant dans un état fusionnel, elle ne lui laissera que deux voies : soit demeurer dans un état de régression permanente et de fusion avec elle, soit rejeter complètement la mère, même si celle-ci agit visiblement comme une bonne mère. Si la mère empêche ce passage d'un état à un autre parce qu'elle connaît déjà ses besoins, elle deviendra dangereuse.

Winnicott utilise le terme « carence » non pas pour désigner un manque de soins, mais pour parler de l'effet des conséquences de soins non convenables, qu'il s'agisse de soins en manque ou de soins très adaptables. « Des soins maternels satisfaisants il découle l'édification chez l'enfant d'un sentiment de continuité d'être, base de la force du moi ; alors qu'au contraire, chaque carence des soins aboutit à une interruption de ce sentiment de continuité d'être, interruption causée par les réactions aux conséquences de cette carence ; un affaiblissement du moi qui en résulte. De telles interruptions constituent une annihilation et sont associées de



toute évidence à une souffrance de qualité et d'intensité psychotiques. Dans les cas extrêmes, l'enfant n'existe que sur la base d'une chaîne continue de réactions aux empiètements de rétablissements après ces réactions. Cela contraste avec le sentiment continu d'être, qui est ma conception de la force du moi. »<sup>38</sup> L'adaptation nécessaire pour qu'une mère puisse comprendre les besoins de son enfant n'est pas possible sans « identification ». Une identification insuffisante ou perturbée produit des soins maternels qui ne sont pas suffisamment bons, et ainsi l'enfant ne peut pas développer et maintenir son sentiment de continuité et ne peut donc pas véritablement exister. Sa personnalité va donc être construite sur la base de réactions aux empiètements de l'environnement.

---

<sup>38</sup> Ibid., p. 438.



**Références :**

Ferenczi S. (1932), *Journal clinique*, Paris, Payot, 2014.

Ferenczi S. (1930–1932), *Le traumatisme*, Petite bibliothèque Payot, 2006.

Freud S. et Breuer J. (1893–1894), *Études sur l'hystérie*, Paris, PUF, 1965.

Freud S. (1926), *Inhibition symptôme et angoisse*, Paris, Petite bibliothèque Payot, 2014.

Freud S (1939), *L'homme moïse et la religion monothéiste*, Paris, GF Flammarion, 2019.

Winnicott D. (1961), *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot, 2018.

Winnicott D. (1945), « Le développement affectif primaire », in *De la pédiatrie à la psychiatrie*, Paris.

Winnicott D. (1949), « Les souvenirs de la naissance, le traumatisme de la naissance et l'angoisse », in *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot, 2018.

Winnicott D. (1952), « L'angoisse liée à l'insécurité », in *De la pédiatrie à la psychiatrie*, Paris, Payot.

Winnicott D. (1961), « La théorie de la relation parent-nourrisson », in *De la pédiatrie à la psychiatrie*, Paris.