

INTERPRÉTATIONS PSYCHANALYTIQUES DU TRAUMATISME : UNE SYNTHÈSE THÉORICO-CLINIQUE PSYCHOANALYTIC INTERPRETATIONS OF TRAUMA: A THEORETICAL AND CLINICAL OVERVIEW

David Smolak et Louis Brunet

Volume 38, numéro 3, 2017

L'ACCUEIL DES RÉFUGIÉS : COMPLEXITÉ, RÉSILIENCE ET
CRÉATIVITÉ
REFUGEE HOME: COMPLEXITY, RESILIENCE AND CREATIVITY

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1041840ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/1041840ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue québécoise de psychologie

ISSN

2560-6530 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Smolak, D. & Brunet, L. (2017). INTERPRÉTATIONS PSYCHANALYTIQUES DU TRAUMATISME : UNE SYNTHÈSE THÉORICO-CLINIQUE. *Revue québécoise de psychologie*, 38(3), 99–124. <https://doi.org/10.7202/1041840ar>

Résumé de l'article

De plus en plus, on tend à reconnaître la spécificité du travail clinique effectué auprès de victimes de traumatismes. Dans le contexte actuel d'accueil des réfugiés syriens, nombreux sont les soignants qui auront à prendre en charge des survivants de situations extrêmes. Ainsi, l'article qui suit propose une synthèse théorico-clinique de quelques grands courants (Freud, Ferenczi, Winnicott, Bakanowski, Roussillon) et concepts (fonction contenante, médium malléable) psychanalytiques, dans l'objectif d'apporter un nouvel éclairage sur le phénomène du traumatisme et de fournir des repères aux aidants pour les soutenir dans leurs futurs efforts de mise en sens de cette expérience irreprésentable.

INTERPRÉTATIONS PSYCHANALYTIQUES DU TRAUMATISME : UNE SYNTHÈSE THÉORICO-CLINIQUE

PSYCHOANALYTIC INTERPRETATIONS OF TRAUMA: A THEORETICAL AND CLINICAL
OVERVIEW

David Smolak¹

Université du Québec à Montréal

Louis Brunet

Université du Québec à Montréal

INTRODUCTION

Dans le contexte actuel de la crise mondiale des réfugiés syriens, de la multiplication des désastres humains et naturels et de la prolifération des actes terroristes, de nombreuses questions se posent en rapport à la préparation des aidants trop souvent envoyés de façon subite dans des contextes de prise en charge du traumatisme. Un modèle nosographique mis de l'avant dans l'évaluation et le traitement des troubles de cet ordre est celui de la 5^e et plus récente édition du *Diagnostic Statistical Manual* (DSM-5) (2013) où l'on se contente de décrire un ensemble de symptômes qualifiés de trouble de stress post-traumatique. Bien que cette description syndromale du traumatisme ait son utilité diagnostique, il semble qu'au fil du temps se soient édulcorés les repères théoriques permettant d'accéder aux autres dimensions du phénomène traumatique. Par l'extension récente de l'usage du terme de « traumatisme », cette notion est devenue un lieu de malentendus où s'entremêlent fantasmes et réalité, prédispositions psychiques et biologiques, actualité et passé (Marty, 2011). Nombreux sont les cliniciens qui hésitent à inclure dans leur pratique les apports de la psychanalyse au sujet du traumatisme, peut-être à cause du nombre important de publications cognitives comportementales sur la question, mais aussi peut-être en raison d'une maîtrise insuffisante des apports modernes de la psychanalyse sur le sujet. Ainsi, les questions que nous posons sont les suivantes : qu'a à nous apprendre la psychanalyse contemporaine à propos du traumatisme et comment peut-on s'inspirer de celle-ci pour adapter la clinique d'aujourd'hui? Succinctement, nous pouvons dire que la psychanalyse est un modèle théorique qui ne fait pas que décrire les symptômes d'un individu, mais qui permet d'expliquer les processus psychiques et les vécus subjectifs en cause dans l'organisation de ces symptômes. Elle décrit les conflits inconscients, les processus énergétiques et les aléas des processus en cause dans les phénomènes traumatiques. La psychanalyse permet de comprendre comment un individu peut réagir de façon saine à un vécu traumatique alors qu'un autre développera une souffrance et des symptômes incapacitants.

1. Adresse de correspondance : 100, rue Sherbrooke Ouest, Montréal (QC), H2X 3J2, bureau SU-2305. Téléphone : 514-929-7398. Courriel : david.smolak.1@gmail.com

Dans cet article, nous proposons une synthèse de quelques grands courants psychanalytiques actuels portant sur le concept de traumatisme, en détaillant comment la compréhension du phénomène a évolué au cours du temps, en passant des idées de Sigmund Freud, à celles de Sándor Ferenczi et de Donald Winnicott pour en venir aux auteurs contemporains, comme Thierry Bokanowski. Nous poursuivons en exposant les idées originales et intégratrices de René Roussillon, ayant entre autres participé à l'élaboration du concept de *situation extrême de la subjectivité*, permettant l'articulation de la relation que la réalité externe entretient avec le fantasmatique, dans le cadre de la clinique de la *survivance psychique* et du *traumatisme*. En reprenant ces notions et en insistant sur les caractères quantitatif et « asymbolique » du phénomène traumatique, nous étayons l'idée selon laquelle il importe pour le thérapeute de répondre aux besoins du Moi de ses patients et de s'avérer contenant, en plus de présenter les qualités d'un objet médium malléable. Finalement, nous faisons état de quelques enjeux propres à l'évaluation et au traitement de patients traumatisés en mettant l'accent sur la description des particularités de ce type d'individu.

CONTEXTUALISATION DE LA RÉFLEXION

L'épistémologie des sciences nous aide à comprendre qu'en psychologie la conception que nous avons de l'humain et du psychique va considérablement orienter notre façon de comprendre une souffrance, de concevoir ce qui est pathologique et de concevoir l'aide ou le traitement. Le cas des réactions traumatiques ne fait pas exception.

Si le DSM-5 reconnaît qu'on peut souffrir d'une réaction traumatique même par une exposition indirecte (premiers répondants, travailleurs humanitaires, thérapeutes) sa vision demeure en général centrée sur les manifestations « en positif » (souvenirs récurrents, cauchemars, détresse, évitement de situation relative au traumatisme, amnésie, blâme, irritabilité, hypervigilance, problèmes de sommeil) plutôt que sur l'organisation psychique sous-jacente à celles-ci. Ces symptômes sont considérés par certains cliniciens comme constituant en soi le problème, alors que pour la psychanalyse plusieurs de ces manifestations constituent soit une tentative du psychisme de se « guérir », soit un signal autoréférentiel d'un débordement ou l'expression d'un échec des processus de maîtrise du traumatisme. En conséquence, pour un modèle du psychisme comme celui de la psychanalyse, il est possible que des symptômes du trouble de stress post-traumatique (TSPT) soient une expression relativement saine d'un travail psychique, comme il est possible qu'un individu présente, au contraire, des difficultés psychiques énormes sans présenter de symptômes « en positif » très marqués.

La distinction entre les modèles psychiatrique et psychanalytique du traumatisme est importante, car elle implique que, selon le premier, on offrira de l'aide qu'aux sujets présentant des symptômes manifestes alors que, selon le second, il importera de prendre en charge tant ceux qui exhibent des signes en positif qu'en négatif de psychopathologie. Ainsi, le risque d'un diagnostic syndromal est d'amener le clinicien à croire qu'il ne peut y avoir de réaction traumatique nécessitant de l'aide en l'absence de symptômes en positif. D'ailleurs, les recherches utilisant la théorie psychanalytique ont fait ressortir d'autres tableaux cliniques que ceux décrits dans le DSM-5 chez des individus dont la psyché a été désorganisée par des événements traumatiques. Faute d'espace, nous n'en mentionnerons brièvement que deux. Dans une étude sur les enfants-soldats congolais, Daxhelet et Brunet (2013, 2014) ont montré que certains mécanismes d'*amputation* d'une partie de la psyché avaient protégé ces sujets d'une réaction traumatique classique, alors qu'on aurait pu croire que ceux-ci, ayant été exposés en jeune âge à des meurtres et des mutilations, auraient pu développer des symptômes de TSPT. Le prix à payer, soulevaient les auteurs, était cependant de se couper d'une partie de son propre vécu qui faisait alors retour dans l'agir et dans une attirance vers la violence. D'autres recherches (Maatouk et Brunet, 2015a, 2015b) ont aussi montré comment des mécanismes psychiques de renversement du « passif » en « actif » pouvaient empêcher l'installation de symptômes classiquement identifiés au TSPT. Une fois de plus, ici, le prix à payer était l'amputation chez les sujets de certains aspects de leur identité et le recours à la violence, notamment en raison d'identification à l'agresseur. Ainsi, les manifestations du traumatisme semblent être en partie définies par les caractéristiques idiosyncrasiques du sujet, en plus, comme nous le verrons, d'être déterminées par les symboles et les représentations culturelles de ce dernier.

Le traumatisme chez les réfugiés

Il est reconnu que la population des réfugiés est dix fois plus à même de souffrir d'un trouble de stress post-traumatique que la population générale (Fazel, Wheeler et Danesh, 2005). Préalablement à leur départ, ces gens sont exposés à de multiples pertes (réelles et symboliques) et expériences de violence individuelle ou collective (torture, viol ou agression) les prédisposant à développer un TSPT (Hargreaves, 2002). Divers facteurs postmigrations, comme la rupture de leur cadre culturel (Baubet et Moro, 2013), le racisme (Ellis, MacDonald, Lincoln et Cabral, 2008) ou le danger inhérent au périple leur ayant permis de se rendre en terre d'accueil (Schwarzer et Schulz, 2003), vulnérabilisent aussi ces individus. Toutefois, bien que certains chercheurs aient identifié quelques symptômes (reviviscence et hyperactivité neurovégétative) pouvant être retrouvés de façon relativement universelle chez toutes les populations (Radjack, 2012), d'autres ont souligné le défi que représentaient

l'évaluation et le traitement du TSPT chez des sujets de cultures et d'horizons divers, tels que les réfugiés (Nicholl et Thompson, 2004). En effet, Hollifield et ses collègues rappellent que différentes mesures cliniques d'évaluation de ce trouble s'avèrent non validées pour plusieurs cultures (2002). De plus, Crumlish et O'Rourke indiquent qu'aucune technique psychothérapeutique visant à traiter le TSPT chez les réfugiés ne semble clairement soutenue par des données probantes (2010). Finalement, Radjack soulève que l'émergence de certains symptômes du trouble de stress post-traumatique dépendrait significativement du contexte culturel (éviter, émoussement de la réactivité) (2012). Cela renvoie aussi au fait que chaque culture possède ses propres « *idioms of distress* », c'est-à-dire ses « formulations idiomatiques culturellement déterminées de la souffrance » (Rechtman, 2000, p. 48). En d'autres termes, chaque collectivité détient ses manières singulières, appropriées subjectivement par ses membres, d'exprimer la pathologie (p. ex., le « *chu kbaal* », mal de tête associé à la rencontre avec des esprits et une nostalgie de la terre natale représente un véhicule culturel propre au peuple cambodgien permettant l'expression d'un type de détresse psychologique) (Rechtman, 2000).

Au-delà des différences (individuelles et culturelles) dans l'expérience du traumatisme, certains ethnopsychanalystes, comme Baubet et Moro (2003), avancent que ce vécu est invariablement caractérisé par des processus d'effroi et de sidération qui transforment le sujet dans sa manière d'appréhender le monde. Moro (2012) ajoute qu'en clinique transculturelle le traumatisme devrait être conçu comme étant « tous les non-sens qui touchent l'individu selon le niveau de l'être, du sens et du faire » (p.12), c'est-à-dire comme l'ensemble des éléments bouleversant le sujet dans sa manière d'exister, d'octroyer une signification à son expérience et d'appartenir à sa communauté et même à l'humanité. À notre avis, cette conception appuie l'idée selon laquelle il importe de s'attarder au plan symbolique et intrapsychique de l'expérience du traumatisme puisque cela dépasse la simple description symptomatologique, qui, comme nous l'avons vu, peut se voir influencée tant par les caractéristiques idiosyncrasiques du sujet que ses représentations culturelles.

Somme toute, bien que la population des réfugiés présente un vécu particulier et qu'elle appelle à une clinique qui lui soit adaptée, dans le cadre de cet article, nous désirons porter à l'attention du lecteur la pertinence du fait d'étudier le phénomène du traumatisme sous l'angle de ce qui semble fondamentalement définir cette expérience, c'est-à-dire l'atteinte des capacités de mise en sens et de contenance du sujet, par la sidération et le débordement. En ne s'attardant qu'aux manifestations « positives » et propres à leur culture, nous sommes d'avis que les

cliniciens pourraient sous-estimer la prévalence de l'expérience traumatique chez leurs patients et omettre de leur proposer des soins adaptés à leurs besoins.

LE TRAUMATISME

Bien que notre objectif soit de rassembler les multiples sens attribués au terme de traumatisme, il nous paraît primordial de rappeler que les différentes définitions de ce phénomène ne renvoient pas nécessairement à une entité nosographique unique, mais plutôt à une série de processus psychiques qui tentent de maîtriser une expérience qualifiée de traumatique. Tel qu'indiqué précédemment, nous souhaitons situer ce texte dans une perspective contemporaine, notamment en examinant les dimensions quantitatives et les échecs de la symbolisation dans les réactions traumatiques, plutôt que de s'attarder trop longuement aux traumatismes infantiles de nature sexuelle décrits par les premiers psychanalystes.

MODÈLE FREUDIEN DU TRAUMATISME

À travers le parcours de Sigmund Freud, le concept de traumatisme s'est vu remanié à de nombreuses reprises, conservant cependant une place centrale et déterminante au sein de la psychanalyse. Plusieurs auteurs s'entendent pour dire que la théorie freudienne du traumatisme a subi trois avancées importantes au cours de son histoire : l'élaboration et l'abandon de la *neurotica*, le développement du point de vue économique du traumatisme et l'abord des enjeux narcissiques du phénomène.

Le traumatisme sexuel en après-coup

En 1895, dans *Études sur l'hystérie* et *l'Esquisse*, Freud postule que la majorité de ses patients, au cours du traitement, en viennent à se remémorer des expériences de séduction, vécues passivement et avec effroi, « pouvant aller de simples avances en paroles ou par gestes jusqu'à un attentat sexuel » (Laplanche et Pontalis, 1967, p. 436). L'auteur démontre comment ce type de traumatisme se produit nécessairement en deux temps, en *après-coup*. Dans sa première théorie, celui-ci propose que tout sujet névrotique, lors de son enfance, ait *réellement* été victime d'une forme de séduction (agression) sexuelle imposée de l'extérieur par un adulte. Toutefois, dans sa lettre à Wilhem Fliess (1897), l'analyste avoue « ne plus croire » en cette proposition (*neurotica*), en raison de l'improbabilité du fait que toutes ses patientes aient véritablement subi un acte de séduction de la part d'un parent. Dès lors, pour Freud, ce n'est plus la scène de séduction (réelle) qui est l'organisateur principal de la névrose, mais plutôt le *fantasme* de celle-ci. Le fait nouveau, souligne-t-il, est que les hystériques fantasment certaines scènes vécues comme

traumatisantes et qu'il « est donc nécessaire de tenir compte, à côté de la réalité pratique, d'une réalité psychique » (Freud, 1914, p. 275). Ainsi, selon cette seconde théorie du traumatisme, dans l'avant-coup, un enfant subit un acte, par exemple sous la forme de soins corporels, qui sera refoulé et écarté de la conscience grâce au refoulement. Puis, le second temps survient après la puberté alors qu'une scène analogue au traumatisme originel réactive le souvenir de la première scène et lui confère sa connotation sexuelle traumatique. Charbonnier (2007) précise que c'est donc la façon par laquelle le psychisme compose avec l'événement premier qui définit, dans ce cas, la nature traumatique de l'expérience et qui permet au refoulé de faire retour dans le préconscient et de se manifester sous forme de symptômes.

Le fonctionnement en traumatique : quand la quantité fait effraction

Par la publication de son texte *Au-delà du principe de plaisir* (1920), Freud introduit et remanie bon nombre des assises conceptuelles et théoriques de la psychanalyse. Il développe la notion de membrane « pare-excitante » qui non seulement protège l'appareil psychique par l'amortissement des excitations en provenance de l'extérieur, mais permet aussi un travail psychique, un emmagasinement des quantités pulsionnelles. Bokanowski (2011) précise que le traumatisme acquiert dès lors une nouvelle dimension et devient « un concept emblématique (métaphorique) des apories économiques de l'appareil psychique » (p. 42). À partir de ce moment, le phénomène est compris comme une effraction de la membrane pare-excitante, une rupture de la barrière de défense, par un manque de préparation de l'appareil psychique, celui-ci n'arrivant pas à lier et à transformer un phénomène quantitativement trop important. Freud (1920) rappelle que c'est l'absence d'angoisse *signal*, supposant préparer l'appareil psychique à d'éventuels dangers ou surcharges quantitatives, qui mène à l'effraction traumatique de la barrière pare-excitante.

Lorsqu'il y a traumatisme, le Moi, impréparé, se voit vulnérable par rapport à l'effraction quantitative, d'origine externe ou interne, et devient submergé par l'effroi (*schreck*). Le principe de plaisir est mis en échec et l'appareil psychique s'efforce de « se rendre maître de ces excitations, d'obtenir leur immobilisation psychique d'abord, leur décharge progressive ensuite » (Freud, 1920, p.302). Le sujet est sidéré, médusé, et n'arrive pas à s'approprier correctement ce à quoi il est confronté. Puis, le défaut de mise en sens laisse toute la place à la compulsion de répétition comme tentative de maîtrise de cette expérience désorganisée (souvenirs traumatiques, cauchemars, etc.). Somme toute, à cette époque, Freud conçoit le traumatisme comme un trop-plein, « un afflux d'excitations qui est excessif, relativement à la tolérance du sujet et à sa capacité de maîtriser et d'élaborer psychiquement ces excitations » (Laplanche et Pontalis, 1967, p. 499).

À cela, Masud Khan (1974) ajoute que le traumatisme, toujours quant à son caractère quantitatif, peut parfois revêtir une apparence peu dramatique, quoique tout aussi dommageable que la catastrophe ou l'agression. Par l'élaboration du concept de *traumatisme cumulatif*, l'auteur explique que certaines carences ou certains événements semblant anodins peuvent ne pas être traumatisants dans l'actuel, mais le devenir rétrospectivement, s'ils s'accumulent imperceptiblement. Ainsi, la genèse du traumatisme peut parfois être difficilement identifiée puisqu'elle ne renvoie pas inmanquablement à un unique événement grandiose ou spectaculaire tel un attentat terroriste ou un désastre naturel ou humain.

Ce que Freud décrit comme effraction du pare-excitation suivie de l'œuvre de répétition est repris par Thierry Bokanowski comme « fonctionnement en traumatique » (2002). L'auteur met l'accent sur le fait qu'en réaction à l'effraction traumatique s'installe un type particulier d'aménagement psychique ayant des effets « en positif », qui cherchent à répéter l'expérience traumatique dans le but, jamais atteint, d'arriver à la maîtriser ou à lui donner un sens (Freud, 1939), et des effets « en négatif », inhibant ou visant à ce que l'événement traumatique n'accède pas au souvenir. Ainsi, le *traumatique*, selon Bokanowski (2002), représente à la fois l'irruption subite d'angoisse dans l'appareil psychique et la mise en place d'un type spécifique de fonctionnement dont les effets se font ressentir par le sujet. Conséquemment, dans un contexte d'intervention auprès de réfugiés, il nous semble que ce modèle de compréhension puisse s'avérer fort utile pour concevoir des aménagements thérapeutiques adaptés aux besoins urgents de contenance de ces individus à la fois submergés, aux prises avec des contenus psychiques mal symbolisés et embourbés dans une logique mortifère de répétition. Nous reviendrons sur cette idée dans une partie subséquente du texte, en décrivant de façon plus approfondie les caractéristiques de la fonction contenante que peut remplir l'objet-thérapeute dans ce type de situation, en réponse au débordement quantitatif.

Finalement, en 1926, dans *Inhibition, symptôme et angoisse*, Freud propose un lien entre le traumatisme et la perte d'objets ou figures relationnelles significatives. Puis, dans *Moïse et le monothéisme* (1939), il affirme que les expériences originaires constitutives de l'organisation de la psyché, comme nos premières relations aux parents, peuvent entraîner des atteintes précoces du Moi et des blessures narcissiques qui entachent le développement d'un sentiment d'exister en tant qu'être total et intègre. C'est d'ailleurs principalement ces idées qui seront reprises et détaillées par Sándor Ferenczi, comme nous l'exposerons dans la section qui suit.

SÁNDOR FERENCZI

Dans les années 1920, Sándor Ferenczi reprend la notion du trauma sexuel de la première théorie freudienne et décrit les effets sur la psyché d'une quantité d'excitation sexuelle vécue trop prématurément par l'enfant. L'auteur remanie aussi les idées avancées par Freud après le tournant de 1920, en insistant cette fois sur le rôle de l'objet *réel*, notamment en soulignant les effets du déni ou de la disqualification de la souffrance traumatique de l'individu. Ainsi, bien que Ferenczi ait élaboré une théorie complexe de la *confusion des langues* (1925) pouvant s'instaurer dans le rapport entre le parent et son enfant, nous insisterons, dans le cadre de cet article, sur sa conceptualisation des effets de cette dénégation de la part de l'entourage de l'expérience traumatique des sujets. Nous exposerons aussi la conception de l'auteur des effets du trauma sur le narcissisme et l'intégrité du sujet.

Déni et disqualification de l'expérience traumatique

Ferenczi indique que ce sont surtout le déni et la disqualification des affects du sujet (victime) par l'objet (l'entourage, les personnes significatives) qui signent le caractère traumatique d'un événement, bien que l'acte en lui-même ne soit pas négligeable. Par sa réponse, ou son absence adéquate de réponse, l'objet réel peut causer une véritable déchirure identitaire chez le sujet traumatisé. La réaction « des adultes à l'égard de l'enfant qui subit le traumatisme fait partie du mode d'action psychique du traumatisme », avance-t-il (1933, p. 141). Certaines personnes dans l'environnement des victimes, souligne Ferenczi, ne parviennent pas, pour une multitude de raisons (deuil, dépression, pathologie du narcissisme), à entendre et à reconnaître le malaise des sujets traumatisés et cela ne fait qu'ajouter à leur souffrance. Ainsi, à cette agression venant de l'extérieur s'ajoute le mouvement narcissique du sujet, s'attribuant la cause ou la faute de l'abus et développant des affects de honte et de culpabilité; celui-ci en vient à se blâmer pour l'expérience traumatique qu'il a vécue. Par ailleurs, sur le plan intrapsychique, la souffrance se perpétue étant donné l'introjection de l'objet agresseur et défaillant, c'est-à-dire à l'intériorisation d'un parent inadapté et incapable de s'occuper des besoins du Moi de son enfant. À cela s'ajoutent diverses conséquences néfastes sur le développement ou le maintien de la structure de l'appareil psychique, tels une commotion psychique ainsi qu'un clivage narcissique.

Commotion psychique et clivage narcissique

Dans son *Journal clinique* (1932), Ferenczi rapporte que, en réaction au choc traumatique, la psyché se scinde, causant une véritable déchirure dans le Moi ou l'identité, créant ainsi diverses sphères de fonctionnement au sein de celle-ci. Dans *Confusion de langue entre les adultes et l'enfant*

(1925), l'auteur décrit l'existence d'un phénomène de clivage de la personnalité et de régression à la suite du choc traumatique vers un état de béatitude prétraumatique cherchant à le rendre non advenu. En outre, plus le nombre ou l'intensité des chocs seraient grands, plus il y aurait de segments de la personnalité qui se comporteraient de manière indépendante les unes des autres. Dans *Réflexions sur le traumatisme* (1933), Ferenczi ajoute que le « clivage narcissique » représente la création au sein de l'appareil psychique d'une partie du Moi qui mesure l'ampleur des dommages et ne laisse accéder à la perception que ce qui est supportable. Tout se passe comme si la partie endommagée de la personnalité se réfugiait dans les confins de la psyché, dans l'espoir d'être protégée par le fragment du Moi artificiellement mûr et adapté.

Pour Ferenczi, le traumatisme constitue une atteinte du Moi qui entraîne des effets morbides et négatifs (1932) et qui paralyse le fonctionnement psychique. Il représente à la fois une infraction sexuelle et une expérience destructrice contre laquelle le Moi ne peut se protéger qu'en se clivant. Ainsi, l'auteur présente des idées novatrices, à l'époque, en reconnaissant avant quiconque que le traumatisme désintègre l'unité de la personnalité en encapsulant la partie traumatisée du Moi dans l'attente d'une possible liaison psychique, d'une réintégration du traumatisme par la symbolisation dans un Moi constitué. Les sujets traumatisés souffrent de l'impossibilité d'intégrer divers fragments d'eux-mêmes, vécus comme irréconciliables, mentionne Quinodoz (2000). Sur le plan clinique, ceux-ci montrent un vide narcissique et se disent « désaffectés » (McDougall, 1982) ou même « désertiques » (Cournut, 1991).

Ferenczi et la clinique d'aujourd'hui

Ferenczi montre combien il importe pour l'objet de reconnaître et d'accueillir la souffrance du sujet traumatisé, sans quoi son expérience s'en voit d'autant plus violente et insensée. Conséquemment, nous croyons qu'il est essentiel de s'interroger sur les effets des thérapeutiques qui n'abordent que la symptomatologie des patients, aux dépens du travail sur la souffrance sous-jacente à celle-ci. En offrant au sujet de dissocier ses affects de ses souvenirs, en proposant, par exemple, d'agir directement sur le processus de reconsolidation des souvenirs par la combinaison d'un traitement pharmacologique accompagné de techniques de réactivation du souvenir traumatique (p. ex., le Propranolol, Brunet *et al.*, 2011), le thérapeute ne favorise-t-il pas le déni qui pourrait être à la source d'un clivage permanent? N'ajoute-t-il pas à la souffrance de cet individu déjà atteint d'un problème que la symbolique et la liaison et qui cultive un sentiment de déshumanisation? Au contraire, un modèle thérapeutique basé sur des notions de contenance psychique (Bion, 1962; Brunet et Casoni, 2000) et de malléabilité du thérapeute (Roussillon, 2014) ne permet-il pas, justement, d'éviter ce phénomène de duplication du

traumatisme? À notre avis, ces dernières thérapeutiques renseignent effectivement les cliniciens sur les fonctions à remplir pour répondre aux besoins du Moi du sujet et permettent l'appropriation subjective, à la source de l'intégration au Moi des expériences vécues comme incompatibles avec l'unité de l'appareil psychique. C'est pourquoi nous les détaillerons de façon plus exhaustive dans les sections qui suivent.

DONALD WINNICOTT : LE RÔLE DE L'OBJET-ENVIRONNEMENT

Donald Winnicott s'applique à étudier les processus que l'on qualifie de traumatiques à partir d'observations de phénomènes normaux liés au développement psychique des nourrissons. Il élabore une théorie orientée autour des questions de la dépendance de l'enfant envers son environnement et de la désillusion que ses premiers objets doivent progressivement instituer dans leur lien à celui-ci et présente un ensemble de processus psychiques développementaux normaux qui sont modulés par la qualité des réponses de l'environnement aux besoins du nourrisson. Winnicott offre donc une forme de modèle prototypique du phénomène traumatique, en mettant l'accent sur le rôle de l'ajustement et de la réponse des objets aux besoins du bébé qui, comme celui-ci l'avait indiqué, « n'existe pas » seul. C'est la manière par laquelle les objets répondent au débordement de l'appareil psychique qui constitue le caractère traumatique d'un événement pour le sujet. Ainsi, dans la clinique d'aujourd'hui, cela signifie que nous puissions proposer un modèle à la fois de compréhension, de prévention (ou protection) et de prise en charge du traumatisme tant chez l'enfant que chez l'adulte, si nous parvenons à bien saisir à quelles fonctions doit répondre l'objet pour s'avérer suffisamment bon et contenant pour le sujet.

La dépendance du sujet à son environnement

Winnicott avance que le traumatisme représente ce qui participe à l'annihilation de l'idéalisation d'un objet, par la haine du sujet, en réaction au fait que ce dernier a failli dans l'atteinte de ses fonctions (Winnicott, 1965). Le trauma provient d'une désillusion, d'une perte de confiance, à l'égard de l'environnement généralement prévisible, auquel le nourrisson est complètement dépendant. Dans ces écrits, Winnicott emploie l'image d'une mère qui ne peut faire usage de son ambivalence et de sa haine à l'égard de l'enfant et qui échoue à soutenir le processus de désillusion qui suit la phase d'omnipotence du nourrisson comme figure prototypique. En d'autres mots, il avance qu'il peut s'avérer débordant et traumatique que le pourvoyeur de soin ne réponde pas de façon suffisamment bonne aux besoins de l'enfant dans son cheminement vers l'indépendance. Le parent qui ne soutient pas bien le passage entre le « trouvé/créé » (Winnicott, 1951-1953) de ses objets et celui où il doit accepter, avec frustration, que le réel ne correspond pas à son monde intérieur agit comme un objet

« non malléable » (Roussillon). L'objet ne se laisse pas saisir par le sujet et ne survit pas dans ses capacités créatrices de transformation de l'expérience, ce qui ajoute le caractère traumatique à l'expérience de désillusion, qui, autrement, représente une étape normale du développement.

Dans les situations traumatiques, l'enfant se voit incapable de développer ses capacités de transitionnalité et son sentiment d'exister de façon continue est altéré. Puisque l'objet n'a pas su s'ajuster de façon suffisamment sensible aux besoins du Moi du sujet et s'offrir comme objet « pour symboliser », celui-ci se voit envahi par la haine. Ainsi, le traumatisme représente la perte trop subite de l'illusion d'être soutenu et comblé par un bon objet, celui-ci se montrant empiétant par ses absences ou par sa trop grande présence, cela menant le sujet à entretenir une rage destructrice à l'égard de ce dernier. Dans le pire des cas, lorsque l'empiètement se produit dans les premiers mois de vie, cela engendre une véritable scission du Soi, créant une déchirure agonistique dans l'existence du sujet et une fragmentation de ses éléments constitutifs. Le sujet se sent en proie d'une véritable mort psychique, d'un état de mort de sa subjectivité. Ce phénomène donne aussi parfois lieu à l'émergence d'un faux-*self* qui, à l'instar de la partie surdéveloppée du Moi clivé décrite par Ferenczi, en vient à négliger ses tendances spontanées et à être suradapté à l'environnement ou aux désirs des parents. Dès lors, le sujet en vient à ressentir des impressions de vide ou d'irréalité ainsi qu'un sentiment de ne pas avoir accès à sa subjectivité propre. Dans la clinique d'aujourd'hui, nous croyons que les apports de Winnicott quant à la question de la dépendance du nourrisson à son environnement suffisamment bon nous fournissent des pistes fort pertinentes quant aux dispositifs thérapeutiques à mettre en place et au positionnement à favoriser lors de la rencontre de patients traumatisés. En effet, nous verrons comment il importe particulièrement, dans ce type de clinique, d'évaluer puis de mettre en place les conditions nécessaires à la réponse aux besoins du Moi du sujet en souffrance.

La défaillance de l'objet

Winnicott relie aussi le traumatisme à la *temporalité* qui, dans les situations extrêmes, entraîne un sentiment d'agonie primitive, étant donné son caractère inintelligible et débordant. Dans *Jeu et réalité* (1971), l'auteur indique que lorsque le parent « s'absente » de l'enfant, il se doit de retourner auprès de celui-ci pour subvenir à ses besoins dans un temps raisonnable et tolérable pour ses capacités psychiques. Dans le cas échéant, ces brefs moments d'imperfection agissent comme des soutiens à l'autonomisation du sujet. Dans le cas contraire, si le temps de séparation est trop long et que l'enfant est laissé à lui seul, ce dernier fait l'expérience d'une « angoisse impensable » (*unthinkable anxiety*), qui

déstructure sa psyché et contre laquelle son Moi érige des défenses primitives. Puis, tout se met en place, dans l'expérience du sujet, pour éviter la répétition de cet éprouvé de « coupure de la continuité de l'être » et de cet état de confusion allant de pair avec la perturbation de l'organisation naissante du Moi (Winnicott, 1971). Ainsi, dans le cas d'un traumatisme, les moments d'échec (*failures*), d'absence ou de manque d'ajustement de l'objet réel sont trop nombreux ou trop intenses et en viennent à empiéter (*impingement*) sur le sentiment de continuité d'être du nourrisson, encore peu outillé pour faire face aux obstacles de la vie. Somme toute, le caractère « temporel » du traumatisme renvoie à la durée de l'expérience débordante que doit subir le sujet en fonction de la présence réelle ou symbolique de l'objet qui, de par ses réponses, s'avère contenant ou non. Dans le cas d'un « trop » d'absence ou d'un manque de réponses adaptées au besoin du Moi, le Soi s'en voit fragmenté. L'appareil psychique n'est en mesure de contre-investir l'effraction économique que pour une période restreinte, à la suite de quoi le système défensif de ce dernier s'effondre s'il n'est pas soutenu. Cela renvoie donc directement au mode de présence, réflexif et contenant, qui doit être celui du clinicien œuvrant auprès de populations traumatisées. En effet, comme l'indique Roussillon (2014), dans la clinique actuelle de l'extrême, le thérapeute doit « se prêter au jeu de la symbolisation du sujet » (p.170) et accepter de mettre en suspens son altérité pour prolonger la position de préoccupation maternelle primaire, évoquée par Winnicott, et offrir une présence malléable, constante et ajustée aux besoins du Moi du patient traumatisé.

Winnicott et la clinique du traumatisme

Selon cette perspective, le travail en clinique consiste à inscrire l'expérience qui n'a pas pu avoir lieu, de répondre dans la relation transféro-contre-transférentielle par la réponse qu'aurait dû avoir l'objet primaire aux besoins du nourrisson (Green, 1974). Il s'agit d'offrir un environnement suffisamment bon, mais surtout contenant, au sujet, en répondant de façon adéquate aux besoins de son Moi et en se montrant soutenant afin que celui-ci reconstitue son sentiment de continuité d'être et d'intégrité. En s'étayant sur la présence réelle et fantasmatique du clinicien, le sujet peut s'extirper de sa logique de survie, où la fragmentation de sa personnalité était nécessaire, et de nouveau accéder à son vrai Soi. Ainsi, il est essentiel pour l'aidant de se présenter au sujet comme un objet pouvant à la fois amortir son choc quantitatif et soutenir ses efforts de symbolisation. Il est à noter que cette représentation du lien thérapeutique rejoint la façon par laquelle nous pensons de nos jours la clinique, c'est-à-dire relativement à la qualité de la relation à l'autre-sujet.

RENÉ ROUSSILLON ET LE TRAUMATISME

Malgré la richesse des élaborations théorico-cliniques exposées précédemment, peu d'auteurs analytiques semblent s'être attardés à développer une synthèse intégrative et contemporaine des théories du traumatisme et des situations intersubjectives dans lesquelles ce phénomène éclot. René Roussillon, dans ses écrits, s'applique à unifier le legs de ses prédécesseurs en élaborant le concept de « situation extrême de la subjectivité » et en décrivant de façon détaillée et complexe les paramètres à prendre en compte dans la clinique de la *survivance psychique*. En effet, par sa théorisation du contexte intrapsychique et intersubjectif dans lequel le traumatisme se voit plus propice d'émerger, de la fonction contenante et de l'objet « médium malléable », l'auteur nous rappelle le caractère à la fois bien réel et inconscient du phénomène et nous offre de nombreuses pistes cliniques pour en traiter.

Les situations extrêmes de la subjectivité

Roussillon, dans son texte *Les situations extrêmes et la clinique de la survivance psychique* (2005), s'applique à décrire ce qu'il nomme les situations extrêmes de la subjectivité en indiquant qu'il s'agit de circonstances « dans lesquelles la possibilité de continuer de se sentir "sujet", de continuer de maintenir le sentiment de son identité, et d'une identité inscrite au sein de l'humaine condition, est portée à son extrême, voire au-delà du pensable » (p. 221); ce sont des moments qui plongent l'individu dans un univers où règnent des logiques mortifères de répétition et d'économie de survie. Parallèlement, l'auteur explicite sa volonté de dégager « un fond relativement unitaire » de l'expérience de ceux qui ont été confrontés à ce type de situation et qui, dans certains cas, ont réussi à organiser certaines stratégies de survie leur ayant permis de la traverser.

La déshumanisation

Selon Roussillon (2005), les situations extrêmes ne se résument pas à des situations dans lesquelles sont vécus des sentiments d'impuissance et de détresse; « elles sont cela, mais elles sont plus que cela » (p. 223). Les situations extrêmes confrontent le sujet à des affects qui vont au-delà de l'impuissance et de la détresse, « qui présentent des formes "dégénérées" de celles-ci, voire "déshumanisées" » (Roussillon, 2005, p. 223). Souvent, on évoque la souffrance pour caractériser ce type d'expérience, mais la souffrance (psychique) désigne un affect qui possède un sens, qui appartient à la condition humaine. Les situations extrêmes noient le sujet dans un océan de douleur « aiguë » et inintelligible, parfois corporelle, mais surtout psychique. Son caractère le plus traumatique est son irréprésentabilité, le fait qu'elle soit insignifiante, illogique et incompréhensible. La fuite effective de la situation traumatique s'avère, dans ces cas, impossible ou vaine, le vécu d'impasse ajoutant à

l'impression d'une situation insensée. Le sujet souffre à la fois de la perte de son organisation psychique et de la perte « des logiques du choix », la situation extrême le projetant dans l'univers des « logiques de la contrainte », de la compulsion et de la répétition (Roussillon, 2005, p. 224-225). Progressivement, le traumatisé se voit envahi d'un état de désespoir absolu, de rupture du « contrat narcissique » (Aulagnier, dans Roussillon, 2005) qui le relie à l'humanité. Dans ce type de situation, la déshumanisation entraîne non seulement un sentiment de perte de dignité humaine, mais aussi de honte, de déréliction, de solitude incommensurable; le sujet est jeté hors de l'ordre symbolique qui organise l'humanité. Il se sent fondamentalement seul devant son éprouvé, vécu comme absurde et insensé.

Se tuer pour survivre

Roussillon caractérise de paradoxale la principale défense associée aux stratégies de survie des sujets traumatisés : à défaut de pouvoir fuir la situation extrême dans la réalité, le sujet « se retire de son expérience subjective, se quitte, se coupe de lui-même » (2005, p. 226), comme le lézard qui, lorsque pris au piège, accepte de sacrifier une partie de soi pour sauver le tout. Le sujet se retrouve face à la nécessité de se couper d'une expérience subjective centrale, d'anesthésier la partie de soi en contact avec cette douleur insupportable, de se « tuer » pour subsister, ce qui rappelle le clivage narcissique évoqué par Ferenczi. Comme l'indique Roussillon : « on ne gagne pas contre une situation extrême, mais on peut "survivre psychiquement", mettre en œuvre des stratégies pour "survivre", ce qui n'est plus vivre, mais n'est pas non plus mourir. » (2005, p. 226). Ainsi, ce mode défensif représente une solution paradoxale qui puisse paraître illogique, mais qui, tout en permettant de préserver une partie de la psyché, permet aussi au sujet de passer d'un mode « passif » à un mode « actif » (Maatouk et Brunet, 2015a, 2015b). Afin de ne pas subir passivement la situation traumatique et de retrouver un sentiment de maîtrise sur celle-ci, le sujet « se tue » lui-même d'une partie de soi. Ce mécanisme est également repérable dans plusieurs formes de processus issus de logiques répétitives et mortifères, comme le fait de réinstaurer dans la réalité une forme d'exil ou d'opposition, par exemple, par un refus des soins proposés, pour retrouver un rôle actif dans l'expérience de passivation et de solitude subie. Il a aussi été lié aux suicides de terroristes (Brunet, 2015).

Sur le plan clinique, Roussillon (2005, 2014) rapporte qu'il faut s'intéresser aux stratégies de survie des patients et se questionner à savoir si celles-ci fonctionnent toujours ou non. Par le respect que l'on accorde à la solution psychique du sujet traumatisé, nous entamons le travail de prise en charge des besoins de son Moi. D'emblée, nous devons œuvrer à nous représenter la manière par laquelle le sujet cherche à se

soigner. Puis, une fois la sidération reconnue et les stratégies « d'auto-cure » (Khan, 1976) repérées et acceptées, le travail consiste à offrir un espace de réaménagement du système défensif, mais aussi d'accompagnement vers la rencontre des éprouvés agonistiques contre lesquels le patient se défendait. Il s'agit donc, selon Roussillon (2014), d'un paradoxe qui se présente de façon particulièrement prégnante dans la clinique de l'extrême : accepter l'autre tel qu'il se présente à nous dans l'actuel, dans quelque état qu'il soit, pour ensuite lui fournir les conditions nécessaires à la mise en œuvre du changement.

Les conditions extrinsèques à la conjoncture traumatique

Roussillon (2002, 2005) évoque quelques conditions extrinsèques ou « objectives » à ce qu'il nomme les conjonctures traumatiques, bien qu'il précise que « les causes du déclenchement de la situation extrême [puissent] être de natures très différentes » (2005, p. 223) et que celles-ci affectent chaque sujet de manière bien singulière. Selon l'auteur, le processus de symbolisation ou d'appropriation de cette expérience ainsi que la mise en place de solutions à cette dernière dépendent de quelques facteurs particuliers :

1. *L'âge et le degré de structuration de l'appareil psychique* : plus un sujet se développe, plus le degré d'organisation de son appareil psychique se complexifie. Ainsi, un bébé, par exemple, serait plus enclin qu'un adulte à être traumatisé et durablement désorganisé par une situation extrême, étant donné la précarité de sa constitution et son immense dépendance envers le monde extérieur.
2. *Les moyens de récupération et la plasticité de l'appareil psychique* : les jeunes enfants, toujours en période de structuration, montrent « des moyens importants de récupération et de plasticité » (Roussillon, 2005, p.227) lorsque confrontés à des modifications de leur environnement. Dès lors, si la situation pathogène se modifie et s'ils se voient soutenus par leur milieu, ceux-ci semblent pouvoir se sortir des situations extrêmes de la subjectivité sans trop de dommages psychiques. Toutefois, si l'environnement s'avère nocif, celui-ci acquiert un caractère « traumatisant » et l'équilibre psychique des jeunes sujets s'en voit d'autant plus fragilisé.
3. *La durée de la situation* : la durée de la période pendant lequel le sujet est exposé aux circonstances inhumaines importe sur les effets que celles-ci auront sur sa psyché. Ainsi, plus la situation extrême de la subjectivité dure, plus grandes sont les probabilités que les traces laissées par celle-ci soient traumatiques ou durables.
4. *L'intensité de la situation* : l'intensité « objective » de l'excitation engendrée par certaines circonstances vient moduler l'aspect quantitatif des situations extrêmes de la subjectivité, quoique cela ne doit être compris comme un absolu. En effet, bien que nous puissions, par exemple, nous attendre à ce que la torture ou l'expérience d'une

guerre civile soit plus propice à faire effraction dans l'appareil psychique, il reste que chaque situation est interprétée subjectivement et vécue en fonction de divers paramètres intra et intersubjectifs.

5. *L'impréparation du sujet* : moins la psyché est préparée à recevoir un choc, par l'apparition progressive d'angoisse signal, plus grandes sont les probabilités que le sujet se voit traumatisé. L'individu, surpris par la survenue de la situation extrême, n'a point l'occasion de se préparer contre le danger menaçant son intégrité en mobilisant son système défensif et en subit donc d'autant plus les effets de débordement.
6. *La vulnérabilité du sujet* : la vulnérabilité du sujet se manifeste sur deux plans. D'abord, elle est définie par le fait que le traumatisme se produise tandis que le sujet a relâché sa vigilance et ses défenses, par exemple, en s'adonnant à une activité qui lui était habituelle et connue. Puis, la vulnérabilité évoque l'état de fragilité dans lequel le sujet peut se retrouver au moment de la conjoncture traumatique, alors que celui-ci met en « crise » ou en « drame » certains conflits ou enjeux psychiques qui lui sont propres au moment de sa survenue.

Ce sont ces facteurs, en plus des réponses des objets, qui selon Roussillon potentialisent le caractère extrême des circonstances dans lesquelles se retrouve le sujet. Par ailleurs, une fois extirpé de ce type de situation, l'auteur précise qu'il reste encore à traiter les traces que celle-ci et que les défenses extrêmes mobilisées pour survivre à celle-ci ont laissées dans la psyché. L'essence du problème réside dans la réactivation mortifère des vestiges internes hérités des circonstances extrêmes, dans cette compulsion de répétition, et dans ce retour de l'intérieur du traumatisme. Ainsi, les réfugiés semblent constituer une population particulièrement propice à faire l'expérience de situations extrêmes de la subjectivité, ces sujets ayant souvent été exposés pour de longues durées à la déshumanisation et ayant dû, à des fins de survie, s'amputer de la part agonistique de leur expérience, du moins, jusqu'à leur arrivée en terre d'accueil.

L'identification au sujet traumatisé : une position de partage

L'empathie représente la forme d'identification projective non défensive qui permet d'accéder à la subjectivité de l'autre (Brunet et Casoni, 2000). Elle implique de la flexibilité et de la nuance dans les identifications. En situation clinique, le thérapeute doit accepter de se laisser toucher et de laisser le patient déposer en lui sa détresse ou ses affects violents.

Par ses fonctions, le soignant fait généralement l'expérience d'un vécu très rapproché de celui de ses patients. Par identification projective empathique, celui-ci ressent et relate vivre des expériences psychiques parallèles ou semblables à celles des sujets. Dans la prise en charge de

sujets *traumatisés*, selon Roussillon (2005), le clinicien en vient à se placer en « côte à côte » avec ses patients, c'est-à-dire dans une position de partage de « la même difficulté, voire la même détresse ou le même désespoir » (p. 234). Dans le cas des situations extrêmes de la subjectivité, il semble que le clinicien ne puisse être thérapeutique que dans la mesure où il arrive à une certaine forme de « partage d'affect » (Parat, 1995). Le soignant est celui qui fait fonction de témoin compassionnel; il occupe une position tierce, nomme et qualifie. Cela se manifeste entre autres par le « bricolage » (Lévi-Strauss, 1962) de dispositifs cliniques ajustés à la situation actuelle des sujets. Certains thérapeutes vont même jusqu'à faire ce que Selma Fraiberg appelle de la « *kitchen therapy* », c'est-à-dire des rencontres cliniques dans les lieux mêmes d'habitation ou de refuge des patients traumatisés. Ainsi, « le "partage" de la situation extrême passe parfois par partager les mêmes lieux, endurer pendant un certain temps les mêmes conditions de vie. L'intelligibilité est souvent à ce prix, c'est ce qui permet de "sentir" ce que les sujets sentent, de voir les choses à partir de leur point de vue, empathiquement » (Roussillon, 2014, p.119). Rappelons que l'une des caractéristiques essentielles du vécu traumatique est qu'il est accompagné d'un sentiment de solitude extrême. Ainsi, le partage du vécu de détresse est nécessaire et, dans certains cas, pourrait être suffisant pour relancer certains processus psychiques paralysés par l'éprouvé d'isolement agonistique. Toutefois, dans d'autres cas, ce partage s'avère insuffisant puisque le sujet se voit aux prises non seulement avec un trop-plein économique, mais aussi avec des difficultés d'appropriation subjective et de symbolisation. Conséquemment, nous proposons qu'à ces défauts d'activités de transformation de la quantité en qualité, le clinicien doive répondre en s'offrant comme objet contenant et en revêtant les caractéristiques d'un médium malléable, que nous exposerons subséquemment.

Somme toute, selon Roussillon (2005), ce partage est ce qui met en marche le processus de réhumanisation, ébranlant l'impression que l'expérience psychique vécue dans un traumatisme n'est pas partageable. Ainsi, la position de témoin compassionnel, de double, du thérapeute permet d'amoindrir la surcharge quantitative portée par le sujet et d'entamer le processus de remise en marche des capacités de symbolisation.

La prise en charge des besoins du Moi du sujet

Pour Roussillon (2014), le travail clinique avec les patients traumatiques constitue une forme de prolongement de la préoccupation maternelle primaire. Il y aurait un rappel, dans la relation thérapeutique, du lien de dépendance mère-enfant. En plus d'intervenir au plus près de l'événement traumatique pour éviter l'enkystement du trouble (Cortais,

2003), le travail en clinique consiste à se *préoccuper* (au sens de Winnicott) des besoins du Moi de la victime. Roussillon (2002) propose de définir ces besoins comme étant « l'ensemble des conditions intra et intersubjectives requises, pour qu'un sujet puisse faire le travail psychique de métabolisation de son expérience subjective vécue que celle-ci soit traumatique ou pas » (p. 40). Ainsi, selon lui (2002, 2014), le travail auprès du sujet traumatisé en est donc d'abord un d'identification des besoins du Moi, maintenu dans un état d'agonie de par la non-reconnaissance de ces derniers. L'auteur précise que le patient, au sein de l'espace thérapeutique, exprime ses besoins sur trois plans distincts auxquels sont appariées trois fonctions particulières auxquelles doivent répondre les cliniciens.

1. Le premier plan, ou fonction *phorique*, est celui de la contenance de la quantité et de l'accueil de la subjectivité du sujet par le dispositif humain et matériel. Ce type de besoin renvoie à la nécessité d'abaisser les tensions à un niveau tolérable pour l'appareil psychique, cela lui permettant de poursuivre ses activités de symbolisation et de maintenir une certaine forme d'intégrité psychique. Cela rappelle en quelque sorte le *holding* (Winnicott, 1956) de la mère, permettant à l'enfant d'être porté, tenu, pare-excité, investi et stimulé. Cette fonction met ainsi l'accent sur la gestion de l'économie psychique du sujet, dont la barrière défensive a été mise à mal.
2. Le second besoin du Moi, ou fonction du thérapeute, est *sémaphorique*. Il s'agit de la reconnaissance du fait que toute activité humaine soit porteuse « de signifiante potentielle ou de signification passée » (Roussillon, 2002, p. 20), adressée à un autre. Toute production humaine est habitée de signes, aussi énigmatiques qu'ils puissent paraître, qui structurent notre échange avec le monde. Ainsi, la fonction *sémaphorique* est celle qui injecte une qualité dans les signes lorsque ceux-ci ont été ignorés, dégénérés ou effacés.
3. Finalement, le troisième besoin du Moi, ou fonction du clinicien, est *métaphorique*. Cela concerne la production de sens, l'activité de symbolisation. C'est un travail d'organisation de l'expérience et de liaison des affects aux représentations. C'est ce à quoi se prête l'objet tiers et témoin, l'objet « pour symboliser ».

Le clinicien, capable de contenance, fiable et empathique agit comme un Moi auxiliaire, facilitant non pas l'oubli ou l'édulcoration du souvenir (Daligand et Gonin, 1993), mais bien la diminution du surplus de quantité et la restauration de la fonction symbolique du sujet. Le travail en est un d'élaboration de l'expérience violente mal symbolisée, de restauration du sentiment de continuité d'être, de traitement de la quantité et de remise en marche du processus de symbolisation. Ce n'est que par cette réouverture symbolique langagière ou sublangagière que peut s'opérer « une

secondarisation des inscriptions sensorielles », indique Cortais (2003, p. 234). Le rôle du clinicien est de soutenir la victime dans son travail de deuil de son sentiment d'invulnérabilité (Cortais, 2003) et, ultimement, viser à subjectiver cet éprouvé d'anéantissement et réinvestir le désir de vivre du sujet (Roisin, 2010). Ainsi, dans ce cas, l'objectif principal du suivi est de redonner la capacité « de contenir, [de] penser et [de] dire » (Cortais, 2003) à un sujet à qui cet espace humanisant a été dénié, à un sujet à la fois submergé, sidéré et dans l'impossibilité de lier psychiquement.

La fonction contenantante

Comme nous l'avons indiqué précédemment, le travail clinique auprès des patients traumatisés en est un de repérage des besoins du Moi, de contenance du surplus d'excitation qui fait effraction dans la psyché, puis, finalement, de traduction de l'expérience du sujet en contenu assimilable pour la psyché. Le thérapeute doit « survivre » psychiquement à l'excès pulsionnel et aux projections de ses patients et leur offrir un environnement suffisamment bon qui pourra permettre la restitution chez ces derniers d'un sentiment de sécurité et de continuité d'être. En réponse à la destructivité du patient, il doit s'abstenir de se retirer de la relation, doit rester physiquement et psychiquement présent et montrer une absence de représailles. Par ailleurs, la contenance s'effectue aussi sur le plan symbolique, puisque le clinicien, comme la mère avec son nourrisson, doit s'offrir comme objet permettant de transformer, de « détoxifier », les éléments inassimilables de l'expérience du sujet en contenus digestes pour la psyché.

De façon plus contemporaine, selon Brunet (2006), la fonction contenantante est caractérisée par deux polarités, celle du *fantasme* et celle de la *fonction réelle de l'objet*. Elle est composée d'éléments de nature intrapsychique et d'autres de nature intersubjective. Du point de vue du thérapeute, la fonction contenantante ne peut se réduire à une écoute bienveillante, à un partage d'affects ou à une acceptation, fût-elle inconditionnelle. Elle représente plutôt « sa disponibilité psychique, sa capacité à se laisser utiliser par l'objet, sa capacité à être un objet attracteur et ainsi de pouvoir remplir un rôle objectalisant chez des individus dont les carences ou les traumas portent vers une désobjectalisation importante » (Brunet, 2006, p.31). Pour rendre compte de la complexité de la fonction contenantante, Brunet (2013) propose d'expliquer l'engagement dans ce processus intrapsychique et intersubjectif en le divisant en cinq étapes distinctes.

1. Au départ, le patient, traumatisé dans ce cas, espère pouvoir transmettre et déposer dans le thérapeute, le surplus de quantité et les contenus angoissants peu symbolisés qui l'affligent. Il souhaite

expulser de son appareil psychique les éléments à la source de sa souffrance dans l'espoir que le thérapeute soit suffisamment solide pour les contenir sans se voir écrasé, anéanti. Comme l'indique Bion (1962), l'objectif inconscient du sujet est non seulement de se débarrasser des contenus psychiques vécus comme dangereux, mais aussi qu'ils soient traités et pensés par le thérapeute pour qu'il les lui redonne sous une forme digeste, tolérable ou intégrable au Moi.

2. À ce processus intrapsychique s'ajoutent par la suite des tentatives « d'inductions émotives » (Brunet, 2013, p. 158), prenant la forme de communications verbales et non verbales, ayant comme visée de « toucher » le clinicien. L'objectif du sujet, à cette étape, est d'amener l'objet à accepter de porter en lui les contenus projetés et de se laisser les ressentir; position proche des besoins phoriques et métaphoriques décrits par Roussillon.
3. Subséquemment, c'est à l'objet de se montrer réceptif et sensible et de « présenter suffisamment de sensibilité et d'ouverture identificatoire pour que ces inductions soient reçues, intégrées » (Brunet, 2013, p. 158). Le thérapeute, malgré la lourde charge quantitative et la qualité violente ou archaïque de ce qui est projeté en lui, doit accepter de se laisser pénétrer, de régresser, d'être ému et de recevoir ce qui lui est partagé.
4. Lorsque le thérapeute se laisse toucher et saisir par le sujet auquel il s'identifie, il en vient à éprouver consciemment et inconsciemment divers émois qui finissent par s'amalgamer à ses propres pulsions, conflits ou angoisses, constituant une sorte d'hybride « soi-objet » ou une véritable chimère, selon les termes de de M'Uzan (1994).
5. Finalement, le clinicien doit en venir à élaborer, à transformer psychiquement, cet amalgame de projections du patient et d'enjeux qui lui sont propres pour parvenir à en rendre une version transformée, tant sur le plan quantitatif que symbolique, au sujet.

C'est de ce processus, en quelque sorte transitionnel, dont il est question lorsque l'on propose au clinicien de favoriser la mise en place d'un espace de contenance au sein de son dispositif clinique. Il s'agit d'un positionnement à la limite entre l'intrapsychique et l'intersubjectif où l'objet réel se montre disponible pour le sujet dans ses capacités de réception des contenus peu symbolisés et de « digestion » de ces derniers. Toutefois, pour en arriver à surpasser la simple gestion économique et parvenir à la mise en place du travail de *transformation* symbolique, nous croyons que le patient doit impérativement faire la rencontre d'un thérapeute présentant les qualités d'un objet « médium malléable ».

L'objet médium malléable

Pour remplir cette fonction contenante, l'objet, le thérapeute, doit remplir une série de fonctions pour les besoins du Moi du sujet. René

Roussillon, inspiré des écrits de Marion Milner (1952-1954), a développé en profondeur, par sa conception de l'objet médium malléable, une série de caractéristiques de l'objet répondant aux besoins du Moi du sujet et tout particulièrement à ses besoins de symbolisation. Bloqué dans ses capacités de transformation de la quantité et de travail sur les représentations, le sujet doit nécessairement s'étayer sur un autre-sujet, présentant diverses qualités, afin de parvenir à métaboliser son expérience. Roussillon, dans son *Guide de pratique clinique* (2014), avance que c'est le « mode de présence » de l'objet ou du clinicien qui favorise le soutien adéquat des besoins du Moi du sujet ainsi que ses processus de symbolisation et de subjectivation. À l'instar de Winnicott, Roussillon propose une relation étroite entre ce qui s'est produit ou non dans le rapport du sujet à son environnement et les réponses que le clinicien peut tenter d'apporter. En d'autres mots, pour lui, « mieux comprendre les particularités de ce que l'objet "aurait dû apporter" permet dès lors du même coup de mieux comprendre ce que le clinicien peut ou "doit" apporter » (Roussillon, 2014, p. 167).

L'objet médium malléable, emblème de l'activité de symbolisation, revêt une série de propriétés qui permettent au sujet d'étayer ses propres capacités de représentation. D'abord, par son caractère contenant, il s'offre comme pare-excitation, permettant d'abaisser la quantité à niveau tolérable pour l'appareil psychique. Puis, il se présente comme un « objet pour symboliser », un soutien à la relance des processus de symbolisation. Dans la plupart de ses écrits, Roussillon utilise la métaphore de la pâte à modeler pour exemplifier les qualités que doit prendre le thérapeute souhaitant se présenter comme malléable. L'espace de ce texte ne nous permet pas une description exhaustive des qualités du médium malléable, nous nous contenterons de les décrire ici à grands traits.

Pour soutenir les besoins du Moi du sujet, l'objet doit être « consistant » on doit pouvoir le voir le sentir, le toucher (au moins métaphoriquement); il se laisse donc saisir, toucher. L'objet est malléable, il doit pouvoir s'adapter à ce qu'on lui impose. Il doit faire preuve d'une indestructibilité symbolique, ou du moins d'une grande résistance à la destructivité volontaire ou involontaire du patient; résister à ses émois, colères et autres affects qui peuvent être ressentis comme destructeurs. Cependant, tout en étant résistant à la destructivité, il doit demeurer extrêmement sensible. Pour reprendre la métaphore de la pâte à modeler, si on peut l'écraser et lui faire subir des transformations sans dommage, elle reste sensible et elle sera « touchée et marquée » par l'effleurement d'un ongle (Roussillon, 2014, p. 182). L'objet sera capable de tolérer les grandes quantités que le sujet arrive mal à gérer et les transformera en qualité, en sens, en représentations; comme le fait d'écraser et de rouler une boule de pâte à modeler deviendra un serpent ou un autre symbole.

Cet objet sera donc transformable et adaptable à l'infini, selon les besoins du sujet. Il se rendra disponible à ses besoins, ne les fuira pas.

Le médium malléable reste toutefois *fidèle* à la forme qu'on lui donne, et ce, jusqu'à ce qu'on choisisse de lui en donner une autre. Il est donc aussi *constant* et *prévisible* dans sa façon de conserver ses caractéristiques et ses propriétés. Attendant avec *patience* d'être employé par le sujet, il est résistant à l'usure aux attaques qu'on lui lance. *L'objet* médium malléable survit et ne fait que changer de forme sous la pression que lui fait subir le sujet qui l'utilise. Il transforme les changements quantitatifs en modifications qualitatives. À cela, Roussillon (2014) ajoute que ce qui distingue l'objet matériel médium malléable du médium malléable humain est la capacité de ce dernier à éprouver et à partager ses affects.

CONCLUSION

Ce texte vise à montrer l'intérêt des modèles psychanalytiques modernes de l'expérience traumatique tant pour les gens aux prises avec les symptômes classiques « en positif » du « trouble de stress post-traumatique », tel que décrit dans le DSM-5, que pour les sujets confrontés aux situations extrêmes de la subjectivité qui, quoique grandement perturbés dans leur équilibre psychique, ne présentent pas pour autant de portrait syndromal typique.

Tant les théories que les recherches psychanalytiques sur les réactions à des événements traumatiques montrent que les souffrances et les désorganisations psychiques des sujets qui en sont affligés vont bien au-delà des symptômes « en positif » du DSM. Elles exposent aussi le fait que des symptômes de TSPT peuvent refléter, dans certains cas, un processus normal de subjectivation. Par ailleurs, elles illustrent comment certains individus ne présentant pas le portrait symptomatologique décrit dans le DSM peuvent également vivre une désorganisation psychique qui hypothèque non seulement leur fonctionnement, mais aussi leurs relations, leur identité ainsi que leurs capacités d'adaptation. Elles montrent comment ce point de rupture dans l'équilibre psychique du sujet le met à risque de développer *ultérieurement* le syndrome du TSPT ou encore d'être rattrapé par les vécus mal symbolisés au point de les agir plutôt que de les ressentir ou de les subjectiver.

Les modèles psychanalytiques conçoivent le traumatisme comme un phénomène intrapsychique et intersubjectif qui bouleverse l'organisation économique de la psyché par ses effets d'effraction de la barrière pare-excitante, forçant parfois le Moi à opérer des répétitions mortifères (sous forme de gestes plutôt que de pensées), et crée une déchirure dans

l'identité du sujet ainsi qu'une paralysie sur le plan de ses capacités de liaison et d'appropriation subjective.

L'intérêt des modèles psychanalytiques dont nous avons traité est non seulement d'expliquer le rôle de l'objet réel dans la constitution d'une réponse pathologique à un événement déstabilisant, mais aussi de présenter comment une personne, même non-thérapeute, peut remplir les fonctions qui seraient nécessaires pour soutenir une réorganisation psychique. Ainsi, ils permettent de comprendre par quels moyens il est possible d'aider certains individus à contenir l'excitation et à donner sens à leur expérience avant même qu'ils ne développent un trouble de stress post-traumatique. Ces modèles permettent donc de se représenter comment il est possible de venir en aide à des gens dont l'économie psychique est à risque et qui ne remplissent pas les critères « en positif » du DSM (p. ex., les travailleurs humanitaires, les réfugiés, etc.).

En ce qui a trait à la « prévention » ou à la « protection », ces modèles psychanalytiques des expériences traumatiques ne prétendent pas que quelqu'un puisse s'immuniser devant des situations extrêmes ou horribles. Au contraire, ils « dé-pathologisent » nombre de réactions qui sont vues comme les indices du travail sous-terrain de l'appareil psychique pour se soigner devant l'intensité et l'effraction désorganisatrice. En ayant une meilleure compréhension des mécanismes sous-jacents (p. ex., difficultés de liaison et de symbolisation) aux manifestations positives du TSPT, nous croyons qu'il est plus facile d'offrir une aide qui saura rendre plus efficace ce travail psychique, effectué sous la surface. Une action « en amont », par exemple, auprès de travailleurs humanitaires ou de réfugiés ayant connu des bouleversements traumatiques, semble aussi souhaitable et possible. Elle doit miser, à notre avis, à soutenir le travail psychique de liaison, de symbolisation et d'appropriation subjective des sujets de façon à minimiser les risques que les vécus non subjectivés ne fassent retour dans des symptômes ou dans des agirs de diverses natures. Ainsi, selon nous, les concepts de fonction contenante et de médium malléable, notamment, permettent de conceptualiser tant des mesures de protection que de traitement des expériences extrêmes. Les théories modernes de la psychanalyse montrent qu'il est possible d'aider des intervenants à se préparer à aider des victimes de traumatismes afin de « survivre » eux-mêmes aux effets vicariants de ceux-ci.

Somme toute, penser la thérapeutique sous ces angles nous permet à la fois de mettre en place des dispositifs de protection des individus confrontés à des situations extrêmes de la subjectivité et d'élaborer des aménagements ou des cadres de traitement efficaces, sensibles et adaptés aux besoins de gestion du quantitatif et de soutien à la

symbolisation des patients affectés même et, peut-être surtout, lorsque ceux-ci ne présentent pas les symptômes « en positif » du TSPT.

RÉFÉRENCES

- American Psychiatric Association. (2013). *DSM-5 : Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5^e édition). Arlington, VA : American Psychiatric Association.
- Baubet, T. et Moro, M.-R. (2003). Cultures et soins du trauma psychique en situation humanitaire. Dans T. Baubet, K. Le Roch, D. Bitar et M.-R. Moro (dir.). *Soigner malgré tout. Tome 1 : Trauma, cultures et soins* (p. 71-93). Grenoble, France : La Pensée Sauvage.
- Baubet, T. et Moro, M.-R. (2013). *Psychopathologie transculturelle* (2^e éd.). Paris, France : Elsevier Masson.
- Bion, W. R. (1962). Une théorie de l'activité de pensée. Dans *Réflexion faite*. Paris, France : Presse Universitaires de France (1983).
- Bokanowski, T. (2002). Traumatisme, traumatique, trauma. *Revue française de psychanalyse*, 66(3), 745-757. doi:10.3917/rfp.663.0745
- Bokanowski, T. (2011). Les déclinaisons cliniques du traumatisme en psychanalyse : traumatisme, traumatique, trauma. *Le Carnet PSY*, 155(6), 41-46. doi:10.3917/lcp.155.0041
- Brunet, A., Poundja, J., Tremblay, J., Bui, É., Thomas, É., Orr, S. P.,... Pitman, R. K. (2011). Trauma reactivation under the influence of propranolol decreases posttraumatic stress symptoms and disorder: three open-label trials. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 31(4), 547-550.
- Brunet, L. (2006). Objet du fantasme ou de la réalité? Quelques réflexions sur la « fonction contenante ». *Bulletin de la Société Psychanalytique de Montréal*, 18, 30-32.
- Brunet, L. (2013). Limites, transferts archaïques et fonctions contenant. Dans C. Chabert (dir.), *Traité de psychopathologie de l'adulte : Les psychoses* (p. 133-171). Paris, France : Dunod.
- Brunet, L. (2015). Terrorisme, violence de masse et radicalisation. Du Moi idéal au désengagement identificateur. *Le Carnet Psy*, 191(6), 48-51.
- Brunet, L. et Casoni, D. (2000). A necessary illusion: Projective identification and the containing function. *Canadian Journal of Psychoanalysis*, 9(2), 137-163.
- Charbonnier, G. (2007). Traumatisme, transfert, transformation. *Psychothérapies*, 27(3), 139-148.
- Cortais, J. (2003). Entretien et victimes de traumatismes. Dans C. Cyssau (dir.), *L'entretien en clinique* (p. 233-239). Paris, France : In Press.
- Courmut, J. (1991). *L'ordinaire de la passion*. Paris, France : PUF.
- Crumlish, N. et O'Rourke, K. (2010). A systematic review of treatments for post-traumatic stress disorder among refugees and asylum-seekers. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 198(4), 237-251.
- Daligand, L. et Gonin, D. (1993). *Violence et victimes*. Lyon, France : Méditations.
- Daxhelet, M.-L. et Brunet, L. (2013). Le vécu des enfants soldats. Cheminement psychique et transformations identitaires. *La psychiatrie de l'enfant*, LVI(1), 219-243.
- Daxhelet, M.-L. et Brunet, L. (2014). La pensée magique chez les enfants soldats congolais. Un processus défensif antitraumatique. *Criminologie*, 47(1), 247- 266.
- de M'uzan, M. (1994). *La bouche de l'Inconscient*. Paris, France : Gallimard.
- Ellis, B. H., MacDonald, H. Z., Lincoln, A. K. et Cabral, H. J. (2008). Mental health of Somali adolescent refugees: The role of trauma, stress and perceived discrimination. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(2), 184-193.
- Fazel, M., Wheeler, J. et Danesh, J. (2005). Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: A systematic review. *The Lancet*, 365(9467), 1309-1314.
- Ferenczi, S. (1925). Confusion de langue entre les adultes et l'enfant. Dans *Oeuvres Complètes Psychanalyse* (vol. VI, p. 125-135). Paris, France : Payot, 1982.
- Ferenczi, S. (1932). *Journal clinique*. Paris, France : Payot.

- Ferenczi, S. (1933). Réflexions sur le traumatisme. Dans *Oeuvres Complètes Psychanalyse* (vol. VI, p. 139-147). Paris, France : Payot, 1982.
- Freud, S. (1895). Esquisse d'une psychologie scientifique. Dans *La naissance de la psychanalyse*. Paris, France : PUF, 1969.
- Freud, S. (1897). *Manuscrit M* du 25 mai 1897. Dans *La Naissance de la psychanalyse*. Paris, France : PUF.
- Freud, S. (1914). Remémoration, répétition et perlaboration. Dans In Press (dir.), *Libres cahiers pour la psychanalyse*, 2004/1(9), p. 13-22.
- Freud, S. (1920). Au-delà du principe de plaisir. Dans *Oeuvres complètes* (vol. XV, p. 273-338). Paris : PUF, 1996.
- Freud, S. (1926). Inhibition, symptôme et angoisse. Dans *Œuvres Complètes Psychanalyse* (vol. XVII, p.203-286). Paris : PUF.
- Freud, S. (1939). *Moïse et le monothéisme*. Paris, France : Gallimard, 1986.
- Freud, S. et Breuer, J. (1895). *Études sur l'hystérie*. Paris, France : PUF, 1965.
- Green, A. (1974). *La folie privée : Psychanalyse des cas-limites*. Paris, France : Gallimard, 1990.
- Hargreaves, S. (2002). A body of evidence: Torture among asylum seekers to the West. *The Lancet*, 359(9308), 793-794.
- Hollifield, M., Warner, T. D., Lian, N., Krakow, B., Jenkins, J. H., Kesler, J.,... et Westermeyer, J. (2002). Measuring trauma and health status in refugees: A critical review. *Journal of the American Medical Association*, 288(5), 611-621.
- Khan, M. (1974). Le concept de traumatisme cumulatif. Dans M. Masud et R. Khan (dir.), *Le soi caché* (p. 69-87). Paris, France : Gallimard, 1976.
- Khan M. (1976). La névrose infantile comme organisateur du faux soi. Dans M. Masud et R. Khan (dir.), *Le soi caché* (p. 274-291). Paris, France : Gallimard.
- Khan M. (1976). L'espace du secret. Dans M. Masud et R. Khan (dir.), *Le soi caché* (p. 396-410). Paris, France : Gallimard.
- Laplanche, J. et Pontalis, J.-B. (1967). Séduction. Dans D. Lagache (dir.), *Vocabulaire de la psychanalyse* (p. 436-439). Paris, France : PUF.
- Laplanche, J. et Pontalis, J.-B. (1967). Trauma ou traumatisme (psychique). Dans D. Lagache (dir.), *Vocabulaire de la psychanalyse* (p. 499-503). Paris, France : PUF.
- Lévi-Strauss, C. (1962). *La Pensée sauvage*. Paris, France : Pocket, 1990.
- Maatouk, D. et Brunet, L. (2015a). La haine chez un adolescent amputé de guerre. *Adolescence*, 33(2), 395-404.
- Maatouk, D. et Brunet, L. (2015b). La perte d'une partie de soi dans le contexte d'une amputation traumatique de guerre : un deuil impossible? *Revue canadienne de psychanalyse*, 23(2), 302-323.
- Marty, F. (2011). Traumatisme, une clinique renouvelée. *Le Carnet PSY*, 155(6), 35-40. doi:10.3917/lcp.155.0035
- McDougall, J. (1982). *Théâtres du Je*. Paris, France : Gallimard.
- Milner, M. (1952-1954). Le rôle de l'illusion dans la formation du symbole. Dans B. Chouvier (dir.), *Matière à symbolisation : Art, création et psychanalyse* (p. 49-51). Lausanne, Suisse : Delachaux et Niestlé, 1998.
- Moro, M.-R. (2012). Préface. Dans Y. Mouchenik, T. Baubet et M.-R. Moro (dir.), *Manuel des psychotraumatismes : Cliniques et recherches contemporaines* (2^e éd., p. 11-17). Grenoble, France : La pensée sauvage.
- Nicholl C. et Thompson, A. (2004). The psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD). *Journal of Mental Health*, 13, 351-362.
- Parat, C. (1995). *L'affect partagé*. Paris, France : PUF.
- Quinodoz, D. (2000). La psychanalyse est vivante. *Revue française de psychanalyse*, 64(5), 1489-1495.
- Radjack, R. (2012). Émergence et limite du concept de PTSD. Dans Y. Mouchenik, T. Baubet et M.-R. Moro (dir.), *Manuel des psychotraumatismes : Cliniques et recherches contemporaines* (2^e éd., p. 195-210). Grenoble, France : La pensée sauvage.
- Rechtman, R. (2000). De la psychiatrie des migrants au culturalisme des ethnopsychiatries. *Hommes et migrations*, 1225(1), 46-61.

Interprétations psychanalytiques du traumatisme

- Roisin, J. (2010). *De la survivance à la vie : Essai sur le traumatisme psychique et sa guérison*. Paris, France : PUF.
- Roussillon, R. (2002). Jalons et repères de la théorie psychanalytique du traumatisme psychique. *Revue Belge de Psychanalyse*, 40, 24–42.
- Roussillon, R. (2005). Les situations extrêmes et la clinique de la survivance psychique. *La santé mentale en actes*, 221–238.
- Roussillon, R. (2014). *Manuel de pratique clinique*. Paris, France : Elsevier Masson.
- Schwarzer, R. et Schulz, U. (2003). Stressful live events. Dans A. M. Nezu, C. M. Nezu, P. A. Geller, I. B. Weiner (dir.), *Handbook of psychology* (vol. 9, p. 28-45). New York, NY : John Wiley and Sons.
- Winnicott, D. W. (1951-1953). Objets transitionnels et phénomènes transitionnels. Dans *De la pédiatrie à la psychanalyse* (p.109-125). Paris, France : Payot, 1969.
- Winnicott, D. W. (1956). La préoccupation maternelle primaire. Dans *De la pédiatrie à la psychanalyse* (p. 168-174). Paris, France : Payot, 1969.
- Winnicott, D. W. (1965). *Processus de maturation chez l'enfant*. Paris, France : Payot, 1983.
- Winnicott, D. W. (1971). *Jeu et réalité*. Paris, France : Gallimard.

RÉSUMÉ

De plus en plus, on tend à reconnaître la spécificité du travail clinique effectué auprès de victimes de traumatismes. Dans le contexte actuel d'accueil des réfugiés syriens, nombreux sont les soignants qui auront à prendre en charge des survivants de situations extrêmes. Ainsi, l'article qui suit propose une synthèse théorico-clinique de quelques grands courants (Freud, Ferenczi, Winnicott, Bokanowski, Roussillon) et concepts (fonction contenantante, médium malléable) psychanalytiques, dans l'objectif d'apporter un nouvel éclairage sur le phénomène du traumatisme et de fournir des repères aux aidants pour les soutenir dans leurs futurs efforts de mise en sens de cette expérience irréprésentable.

MOTS CLÉS

trouble de stress post-traumatique (TSPT), traumatisme, situation extrême de la subjectivité, fonction contenantante, médium malléable, psychanalyse

ABSTRACT

More and more, we tend to recognize the specificity of the clinical work done with trauma victims. In the actual context of the welcoming of Syrian refugees, many caregivers assist survivors of extreme situations. Thus, the following article proposes a theoretical and clinical synthesis of some major psychoanalytic currents (Freud, Ferenczi, Winnicott, Bokanowski, and Roussillon) and concepts (containing function, malleable object), our aim being to shed new light on the phenomenon of trauma and provide benchmarks to the clinicians who are inevitably working towards making sense of this unrepresentable experience.

KEY WORDS

post-traumatic stress disorder (PTSD), trauma, extreme situation, containing function, malleable medium, psychoanalysis
