L'AXE TRAUMA-RÉPÉTITION

Articuler cette logique de l'excès avec la clinique du trauma, où la présence envahissante d'un réel non symbolisé (plutôt que l'absence d'un souvenir) constitue précisément la marque distinctive — passerelle possible vers un futur axe de votre cartographie sur le trauma et la répétition.

LE TRAUMA COMME PRÉSENCE ENVAHISSANTE DU RÉEL : OUVERTURE DE L'AXE TRAUMA-RÉPÉTITION

Cette question inaugure formellement l'axe que nous avions annoncé à plusieurs reprises comme prochain développement de la cartographie, et elle en formule d'emblée la thèse directrice avec une précision clinique décisive : le trauma ne se définit pas par un manque — un souvenir absent, un contenu refoulé qu'il s'agirait de retrouver — mais par un excès radical, la présence intrusive d'un réel qui n'a jamais pu accéder à la symbolisation et qui, à ce titre, revient non comme souvenir mais comme répétition brute. Cette formulation prolonge directement notre dernier développement sur le manque du manque : le trauma en serait la forme extrême, le point où l'écran fantasmatique n'a peut-être jamais pu se constituer.

I. Lentille jungienne : la dissociation et le complexe autonome comme fragment non intégré

Jung offre, avec sa théorie des complexes autonomes élaborée dès ses travaux d'association verbale (1904-1906) puis approfondie tout au long de son œuvre, une conceptualisation du trauma antérieure et largement indépendante du modèle freudien du refoulement. Pour Jung, l'expérience traumatique ne se caractérise pas principalement par l'oubli d'un contenu — le complexe traumatique demeure au contraire hyperchargé d'affect, constamment actif — mais par sa *dissociation* d'avec le reste de la personnalité consciente : le complexe fonctionne comme une personnalité partielle autonome, dotée de sa propre énergie psychique, qui fait irruption dans le champ conscient sans que le moi puisse l'intégrer ni même toujours le reconnaître comme sien. Cette conception jungienne de la dissociation, radicalisée dans les travaux ultérieurs de ses héritiers directs sur le trauma (Kalsched notamment, avec sa théorie du système de défense archaïque auto-attaquant), décrit précisément cette présence envahissante d'un réel non symbolisé : le fragment traumatique n'est jamais simplement absent de la psyché, il y demeure actif, agissant, mais sous une forme qui échappe à toute élaboration symbolique par le moi conscient — trop chargé, trop brut, pour se laisser porter par une image qui le contiendrait.

C'est ici que la distinction déjà établie entre symbole vivant et signe trouve sa portée clinique la plus radicale : le trauma se caractérise précisément par l'absence de tout symbole disponible, ni vivant ni mort — non pas un signe figé par usure défensive (comme dans la névrose obsessionnelle) mais un vide symbolique pur, une zone psychique où aucune image n'a pu se former pour accueillir l'expérience. Le complexe traumatique jungien n'est donc pas de l'ordre du souvenir déformé mais du fragment psychique littéralement resté à l'état brut, en attente indéfinie d'une forme — ce qui explique cliniquement pourquoi il revient non comme récit mais comme répétition affective et comportementale identique, quasi rituelle :

sans image pour le porter, il ne peut que se rejouer plutôt que se raconter. Jung évoque à cet égard, dans sa correspondance clinique tardive, l'idée que certains contenus psychiques traumatiques demeurent structurellement au-delà de toute intégration complète — position qui rejoint, par une voie propre, le caractère irréductible que nous avons attribué au numineux dans notre développement précédent, à ceci près que le numineux traumatique n'est ici porteur d'aucune fascination, seulement de tremendum pur, effroi sans contrepartie attractive.

II. Lentille freudo-lacanienne : le réel comme ce qui ne cesse pas de ne pas s'écrire

La psychanalyse d'orientation lacanienne fournit l'appareil conceptuel le plus rigoureux pour formaliser cette distinction entre absence de souvenir et présence de réel. Lacan définit le trauma, notamment à partir de sa relecture du rêve de l'homme aux loups et de sa théorie du réel, comme rencontre (*tuché*) avec ce qui *ne cesse pas de ne pas s'écrire* — formule qui désigne précisément un contenu qui n'a jamais pu entrer dans l'ordre symbolique, et qui, pour cette raison même, ne peut ni se refouler au sens classique (puisque le refoulement suppose une inscription signifiante préalable) ni se rappeler par la voie associative ordinaire. Le trauma, dans cette perspective rigoureuse, échappe structurellement à la logique du refoulement-retour du refoulé qui gouverne la clinique névrotique classique : il ne revient pas *déguisé* en symptôme symbolique interprétable, il *revient identique*, sous forme de répétition littérale — cauchemars traumatiques qui reproduisent la scène sans élaboration onirique véritable, réactions somatiques stéréotypées, mises en acte compulsives qui rejouent la configuration originaire sans que le sujet en tire un savoir nouveau.

Freud lui-même, dans *Au-delà du principe de plaisir* (1920), avait été contraint par la clinique des névroses traumatiques de guerre de reconnaître cette limite du modèle du plaisir et du désir-comme-manque : la compulsion de répétition traumatique ne vise aucune satisfaction déguisée, elle rejoue *pour rejouer*, dans un mouvement qui pousse Freud à postuler une pulsion de mort au-delà du principe de plaisir — hypothèse métapsychologique dont on peut relire la nécessité théorique comme l'aveu, chez Freud même, que le modèle du manque-désir ne suffit plus à rendre compte du trauma. Ferenczi, dans son *Journal clinique* et ses derniers écrits sur le traumatisme, va plus loin encore dans une direction clinique décisive : il décrit comment l'effraction traumatique produit une scission psychique radicale (*Zersplitterung*) où une partie de la psyché continue d'exister dans une temporalité arrêtée, non intégrée au reste du développement du sujet — configuration qui rejoint étroitement le complexe autonome jungien, malgré l'origine théorique distincte des deux auteurs.

La conséquence technique, directement dans le prolongement de notre développement précédent sur l'inopérance de l'interprétation classique face à l'excès, est ici radicalisée : si l'angoisse ordinaire procède du manque du manque (un écran fantasmatique qui s'est fragilisé mais qui a existé), le trauma procède d'une absence plus radicale encore — l'écran n'a peut-être jamais pu se constituer une seule fois. Chercher à interpréter le contenu traumatique comme on interprète un symptôme névrotique — en y cherchant un sens caché, un désir refoulé, une signification à décoder — commet donc une erreur technique encore plus grave que celle déjà identifiée : on traite comme un manque comblable par du sens ce qui est un trou dans le tissu symbolique lui-même, une déchirure que le sens ne peut pas suturer parce qu'aucune trame signifiante n'y préexistait pour l'accueillir.

III. Lentille philosophique : la temporalité arrêtée et l'événement qui excède sa propre compréhension

La phénoménologie du trauma trouve chez Merleau-Ponty un ancrage précieux à travers la notion de corps propre comme dépositaire d'une mémoire qui excède la mémoire représentationnelle consciente : le corps *sait* et *retient* ce que la conscience réflexive n'a jamais pu s'approprier comme expérience narrativisable, configuration qui rejoint directement les recherches contemporaines sur la mémoire somatique du trauma. Cette antériorité du corps sur le récit conscient éclaire pourquoi le trauma se manifeste si souvent par des symptômes corporels, des sensations répétées, des postures figées, plutôt que par des souvenirs verbaux disponibles à l'introspection — le réel traumatique se serait inscrit dans le corps précisément parce qu'il n'a pas pu s'inscrire dans le langage.

Kierkegaard offre un second éclairage, déjà mobilisé dans notre développement sur l'excès anxieux, mais qu'il convient ici de préciser dans sa dimension temporelle : l'angoisse kierkegaardienne est vertige devant la possibilité future, tandis que le trauma constitue son exact inverse temporel — non pas ouverture vertigineuse vers un avenir de possibles, mais figement dans un passé qui ne passe pas, qui continue de se présentifier comme actuel plutôt que de s'inscrire dans la mémoire comme révolu. Cette distinction rejoint la clinique bien documentée du trauma : le patient traumatisé ne se souvient pas de l'événement comme passé, il le revit comme présent — distinction phénoménologique fondamentale entre le souvenir (qui suppose une distance temporelle constituée) et l'intrusion traumatique (qui abolit précisément cette distance). Levinas permet d'en formuler la structure ultime avec sa notion de traumatisme comme antériorité radicale : pour Levinas, certains événements affectent le sujet *avant* toute possibilité pour lui de s'y préparer ou de les anticiper par la représentation — un passé qui n'a jamais été présent pour la conscience, ce qu'il nomme un passé *immémorial*, structure qui offre une formalisation philosophique exacte de ce que la clinique du trauma désigne comme mémoire sans souvenir, présence sans représentation.

Bergson, enfin, permet de comprendre pourquoi la répétition traumatique ne constitue jamais un véritable retour du même au sens de la durée créatrice : là où la durée bergsonienne implique que chaque moment intègre et transforme tout ce qui précède dans un mouvement continu d'enrichissement qualitatif, la répétition traumatique est au contraire une temporalité bloquée, un fragment qui ne participe plus du flux de la durée mais se répète identique à lui-même, hors du temps vécu — ce que l'on pourrait nommer, en creux de Bergson, une anti-durée, un moment spatialisé de force, arraché à la continuité qualitative du sujet et forclos de tout devenir.

IV. Lentille de la psychologie empirique contemporaine : mémoire traumatique et défaut d'intégration hippocampique

Les recherches en neurosciences du trauma, notamment les travaux de van der Kolk déjà mobilisés dans notre série, offrent une confirmation empirique précise de cette distinction structurale entre absence de souvenir et présence de réel non symbolisé. Le modèle neurobiologique documenté du trauma sévère décrit une altération spécifique de l'encodage mnésique : sous l'effet du stress extrême, l'hippocampe — structure responsable de la contextualisation temporelle et spatiale des souvenirs, de leur inscription dans une narration

cohérente — voit son fonctionnement significativement perturbé, tandis que l'amygdale, responsable de l'encodage émotionnel brut, continue au contraire de fonctionner à plein régime. Il en résulte un type de trace mnésique fondamentalement différent du souvenir ordinaire : fragmentaire, non narrativisée, encodée essentiellement sous forme sensorielle et somatique (image isolée, sensation corporelle, son) plutôt que sous forme de récit organisé temporellement — exactement ce que la clinique psychanalytique décrit depuis Ferenczi comme fragment psychique non intégré.

Cette configuration neurobiologique explique un phénomène clinique bien documenté et central pour notre propos : le patient traumatisé souffre rarement d'un défaut de mémoire au sens où l'entendrait le modèle du refoulement freudien classique (contenu oublié, latent, en attente d'un travail de levée de résistance pour redevenir accessible) ; il souffre au contraire d'une intrusion mnésique répétée et incontrôlable — flashbacks, reviviscences sensorielles, cauchemars répétitifs identiques — qui atteste que le contenu traumatique n'a jamais quitté le champ de la conscience potentielle, mais qu'il n'a simplement jamais pu s'intégrer à la mémoire autobiographique narrative organisée. Le trauma, empiriquement, n'est donc pas de l'ordre de l'oubli mais de l'ordre du défaut d'intégration — formulation qui rejoint terme à terme la thèse lacanienne du réel qui ne cesse pas de ne pas s'écrire, et le complexe autonome jungien resté dissocié du reste de la personnalité.

Les protocoles thérapeutiques les plus rigoureusement documentés (EMDR, thérapies d'exposition narrative, approches somatiques comme le Sensorimotor Psychotherapy) convergent, indépendamment de leurs cadres théoriques respectifs souvent étrangers à la psychanalyse, vers un même principe technique : il ne s'agit jamais de faire *retrouver* un souvenir manquant mais de faciliter, par des voies souvent non verbales ou associatives lentes, l'intégration progressive d'un contenu déjà pleinement présent mais désorganisé — démarche qui rejoint remarquablement les gestes techniques déjà dégagés dans notre série (silence contenant, rythme, amplification) comme spécifiquement adaptés au traitement de l'excès plutôt qu'à la levée du manque. Notons toutefois une limite empirique importante, déjà anticipée dans notre développement précédent à propos de la mentalisation : cette absence structurale d'intégration n'est pas nécessairement définitive au niveau individuel — la plasticité documentée de l'hippocampe et les phénomènes de reconsolidation mnésique montrent qu'un travail thérapeutique patient peut, au fil du temps, permettre une intégration narrative partielle de contenus initialement purement intrusifs, sans que cela n'efface pour autant la trace du réel au sens fort défendu par Lacan.

Tableau comparatif synthétique

Axe	Jungien	Freudo-lacanien	Philosophique	Psychologie empirique
Nature du trauma	Complexe autonome dissocié, hyperchargé et non intégré	Réel qui ne cesse pas de ne pas s'écrire ; scission (Ferenczi)	Passé immémorial (Levinas) ; anti-durée bloquée (Bergson)	Trace amygdalienne brute sans contextualisation hippocampique

Axe	Jungien	Freudo-lacanien	Philosophique	Psychologie empirique
Ce qui distingue trauma et refoulement	Absence de tout symbole (ni vivant ni mort) vs signe figé	Absence d'inscription signifiante initiale vs retour du refoulé	Passé qui n'a jamais été présent vs souvenir constitué à distance	Défaut d'intégration narrative vs oubli motivé réversible
Mode de retour	Irruption de la personnalité partielle, hors contrôle du moi	Répétition littérale (tuché), sans élaboration onirique	Intrusion du passé comme actuel, abolition de la distance temporelle	Flashback, reviviscence sensorielle, cauchemar répétitif identique
Erreur technique correspondante	Chercher un sens caché là où il y a un vide symbolique	Interpréter le contenu comme on interprète un symptôme névrotique	Expliquer causalement un événement qui excède sa propre compréhension	Insister sur le rappel narratif avant stabilisation somatique suffisante
Geste technique adéquat	Border le complexe, offrir un contenant avant tout contenu	Retisser une inscription symbolique minimale, pas à pas	Restituer une distance temporelle (Gelassenheit face à l'immémorial)	Approches somatiques et associatives lentes, intégration progressive

Trois pistes pour approfondissement de l'axe trauma-répétition

1. **La compulsion de répétition comme échec et tentative de liaison simultanés** — approfondir la thèse freudienne d'*Au-delà du principe de plaisir* à la lumière de notre cartographie complète : la répétition traumatique ne serait-elle pas à comprendre comme une tentative désespérée et toujours avortée de liaison — le psychisme cherchant, par la répétition même, à produire après-coup la symbolisation qui a manqué au moment de l'effraction, ce qui rejoindrait la fonction de l'amplification jungienne comme *achèvement différé* d'une symbolisation initialement impossible ?
2. **Répétition traumatique et répétition rituelle du mythe** — reprendre la piste déjà esquissée dans notre développement sur l'amplification : si le mythe se répète cycliquement (le héros affronte toujours le dragon), en quoi cette répétition mythique diffère-t-elle structurellement de la répétition traumatique pure, alors que toutes deux impliquent un retour du même ? L'hypothèse à travailler serait que la répétition mythique est déjà symbolisée et donc *transformatrice* à chaque itération, tandis que la répétition traumatique, faute de toute forme, demeure strictement identique à elle-même — ce qui referait le départ entre les deux régimes de répétition sur le seul critère du symbole vivant déjà dégagé.
3. **Le trauma cumulatif et le trauma-choc : deux structures distinctes de non-symbolisation** — introduire dans l'axe la distinction, cliniquement décisive et pas

encore travaillée dans notre cartographie, entre le trauma-choc classique (effraction ponctuelle et massive) et le trauma cumulatif décrit par Khan (*cumulative trauma*) ou le trauma relationnel précoce (Fonagy, attachement désorganisé) — micro-effractions répétées dans la relation primaire qui empêchent progressivement la constitution même de la capacité symbolisante, plutôt que de faire irruption dans une capacité déjà constituée. Cette distinction permettrait d'articuler finement notre axe trauma-répétition avec les théories de l'attachement déjà mobilisées ponctuellement dans la série.