TRAUMA ET LOGIQUE DE L'EXCÈS

LA PEUR DE LA PEUR AVEC LE CONCEPT LACANIEN D'OBJET a (Lacan) - 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.

Trauma et logique de l'excès : le réel non symbolisé comme présence envahissante

Renversement du paradigme classique du trauma

La théorie freudienne première du trauma reposait sur un modèle de la lacune : refoulement d'un souvenir insupportable, amnésie, symptôme comme substitut signifiant d'un manque de mémoire accessible — logique du manque, appelant le travail de remémoration comme comblement. La clinique contemporaine du trauma, notamment sous l'influence de la théorie lacanienne du réel et des neurosciences de la mémoire traumatique, renverse ce modèle : ce qui caractérise le trauma n'est pas l'absence d'un souvenir mais la présence excessive d'une trace non métabolisée — le réel fait retour non comme manque à combler mais comme excès qui revient identique à lui-même, hors symbolisation, hors historicisation. Cette bascule recoupe exactement la logique développée dans nos échanges sur l'angoisse : le trauma, comme la méta-anxiété, relève structurellement du trop-plein plutôt que du trou.

Perspective jungienne

Jung avait pressenti cette logique sans disposer du vocabulaire lacanien du réel : dans sa clinique des complexes traumatiques, il insiste sur le caractère autonome et répétitif du complexe non intégré — celui-ci agit comme une entité psychique quasi indépendante, capable de faire irruption dans la conscience avec une charge affective intacte, non atténuée par le temps. Le concept jungien de complexe à forte valeur tonale émotionnelle décrit précisément ce mécanisme : plus la charge affective originelle est intense et non symbolisée, plus le complexe garde son autonomie fonctionnelle et sa capacité d'irruption. La répétition traumatique, dans cette perspective, n'est pas répétition d'un manque mais retour du même complexe non métabolisé, cherchant à chaque fois une occasion de décharge ou d'intégration — mais cette occasion, faute de contenant symbolique suffisant, reproduit l'effroi originel plutôt qu'elle ne le transforme. Le lien avec le numineux, déjà établi dans notre échange précédent, prend ici toute sa pertinence clinique : le trauma est fréquemment vécu par le patient comme rencontre avec quelque chose d'proprement sidérant, hors mesure humaine — le versant tremendum du numineux sans son pôle fascinans, coupure qui pourrait constituer une différence structurale entre trauma simple et expérience numineuse plus englobante évoquée précédemment.

Perspective freudo-lacanienne approfondie

Lacan, notamment dans son travail sur la répétition (Séminaire XI), distingue la répétition symbolique — celle du signifiant qui revient dans la chaîne associative, appelant l'interprétation — de la répétition du réel, tuchè plutôt qu'automaton, rencontre manquée qui se répète précisément parce qu'elle n'a jamais pu s'inscrire comme représentation. Le trauma, dans cette logique, n'est pas refoulé au sens classique (un signifiant repoussé dans l'inconscient, mais toujours potentiellement récupérable par le travail associatif) — il est plutôt forclos localement, exclu du symbolique dès l'origine, et fait retour non comme signifiant déchiffrable mais comme réel brut, hors sens, hors chaîne. C'est cette spécificité qui explique la résistance notoire du trauma à l'interprétation classique : on ne peut pas déchiffrer ce qui n'a jamais été chiffré. La conséquence technique rejoint directement celle établie pour la méta-anxiété — le travail clinique ne peut viser la remémoration comme comblement d'un manque, mais doit viser la construction d'un bord, d'une bordure symbolique nouvelle autour de ce noyau réel increvable, sans prétendre le dissoudre.

Perspective philosophique

Cette structure du trauma comme excès non symbolisable trouve un écho profond chez Levinas, déjà évoqué à propos de l'infini : le traumatisme, chez Levinas, est justement pensé comme la marque d'une altérité qui a affecté le sujet avant toute possibilité de représentation — un passé qui n'a jamais été présent, une antériorité immémoriale qui déborde toute synthèse temporelle possible du Moi. Cette formule levinassienne du "passé qui n'a jamais été présent" est remarquablement proche de la formulation clinique contemporaine du trauma comme trace sans inscription temporelle stable. Merleau-Ponty, par ailleurs, permettrait de penser le trauma non comme événement purement psychique mais comme inscription corporelle échappant à la synthèse représentative — le corps propre gardant la trace d'un excès que la conscience réflexive ne parvient pas à rejoindre, configuration que les neurosciences contemporaines confirment largement (voir plus bas).

Perspective de la médecine psychanalytique et empirique moderne

Les travaux de van der Kolk et de la clinique contemporaine du trauma (approches somatiques, EMDR, neurosciences de la mémoire) confirment empiriquement cette bascule du paradigme du manque vers celui de l'excès : la mémoire traumatique, contrairement à la mémoire narrative ordinaire, se caractérise par un encodage fragmenté, sensoriel, non intégré au récit autobiographique — elle revient non comme souvenir racontable mais comme intrusion sensorielle brute (flashback, activation somatique, affect sans contexte narratif). Les neurosciences situent cette spécificité dans le fonctionnement de l'amygdale et de l'hippocampe sous stress extrême : l'encodage narratif hippocampique se trouve inhibé au profit d'un encodage amygdalien pur, affectif et sensoriel, non historicisé — corrélat neurobiologique frappant de ce que la clinique psychanalytique nomme réel non symbolisé. Cette convergence explique aussi pourquoi les thérapies verbales classiques, centrées sur le récit et l'interprétation, montrent des limites documentées dans le traitement du trauma sévère, au profit d'approches qui travaillent directement sur la régulation somatique et la construction progressive d'un contenant corporel et symbolique — logique de bordure plutôt que de déchiffrage, exactement parallèle à celle dégagée pour la méta-anxiété.

Articulation avec la répétition

Le pont entre trauma et répétition se noue précisément autour de cette logique de l'excès : la répétition traumatique n'est pas volonté inconsciente de maîtriser après coup un événement (lecture classique du jeu de la bobine, Fort-Da, comme tentative de symbolisation active d'une perte subie passivement) — elle est aussi, plus radicalement, retour du même réel non métabolisable, compulsion qui ne cherche pas la maîtrise mais rejoue, à l'identique, l'excès originel. Freud lui-même, dans *Au-delà du principe de plaisir*, pressent cette dimension en introduisant la pulsion de mort comme au-delà du principe de plaisir — répétition qui ne sert plus l'économie du désir (manque, satisfaction) mais obéit à une logique autre, plus proche de ce que Lacan formalisera comme registre du réel.

Tableau synthétique

Dimension	Modèle classique du trauma (manque)	Modèle de l'excès (réel non symbolisé)
Freud/Lacan	Refoulement, amnésie, symptôme substitutif	Forclusion locale, réel hors chaîne, tuchè
Jung	Complexe refoulé à retrouver	Complexe autonome à forte tonalité affective, irruption non intégrée
Philosophie	Perte à faire son deuil	Passé jamais présent (Levinas), trace corporelle (Merleau-Ponty)
Médecine psychanalytique / empirique	Récit manquant à reconstituer	Encodage amygdalien brut, non narrativisé
Visée clinique	Remémoration, mise en récit	Construction de bordure, régulation, nouage sinthomatique

Trois pistes pour poursuivre

1. Développer un axe de cartographie à part entière sur trauma et répétition, articulant systématiquement le Fort-Da freudien, la pulsion de mort, la tuchè lacanienne et la théorie jungienne du complexe autonome — projet qui prolongerait naturellement les séries précédentes sur le mensonge, la facétie et la méta-anxiété.
2. Approfondir la spécificité du trauma cumulatif (Khan) et du trauma relationnel précoce, où l'excès non symbolisé s'inscrit dès l'origine dans la relation primaire — passerelle vers une articulation avec la théorie de l'attachement et les travaux de Fonagy sur la mentalisation déjà mobilisés dans votre série sur la transférence.
3. Interroger la spécificité technique du travail avec le trauma en comparaison avec celui de la méta-anxiété chronique établi précédemment — le trauma nécessitant peut-être une phase de stabilisation et de bordure corporelle préalable à tout travail symbolique, quand la méta-anxième névrotique reste, elle, d'emblée abordable par la voie associative.