

François Lebigot : Psychiatre, Professeur agrégé du Val de Grâce.
Trauma sans images, phase de latence, coma et psychothérapie

Texte paru in Revue Francophone du Stress et du Trauma, 2011, Tome 11 N°1, pp. 15-20

Introduction :

Depuis *Oppenheim* (1) et *Kraepelin* (2), l'existence de la névrose traumatique et la forme clinique qui permet de la reconnaître ont été établies et la description qu'en ont faite ces auteurs a été maintenue jusqu'à ce jour. Même si la nosographie américaine tente d'en émousser le tranchant avec *le post-traumatic stress disorder* (3). Le traumatisme psychique est suivi d'une phase de latence de longueur variable c'est-à-dire sans que l'évènement causal réapparaisse dans la conscience du sujet, la nuit dans des cauchemars, ou le jour dans des reviviscences. Ces phénomènes de répétition, lorsqu'ils apparaissent, signent l'entrée du sujet dans une "névrose traumatique" appelée par *KRAEPELIN* "névrose d'effroi". Freud et les premiers psychanalystes baignaient alors dans les atrocités de la guerre de 14-18 ont permis de métaphoriser les mécanismes psychopathologiques qui caractérisent cette affection (4). La métaphore freudienne de la vésicule vivante défendue par une membrane appelée par Freud "pare-excitation" permet de figurer l'appareil psychique du sujet et de décrire un mécanisme fondamental caractérisant le traumatisme psychique : l'effraction du pare-excitation (4). Ainsi, l'effroi (*Schreck*) est la caractéristique clinique de ce moment où l'image traumatique pénètre dans l'appareil psychique et s'y installe pour demeurer là éventuellement toute la vie du sujet.

Ainsi, la névrose traumatique se compose-t-elle des effets qu'a sur le psychisme la pénétration de l'image traumatique et sa présence au sein des représentations conscientes et inconscientes où l'image traumatique n'a pas sa place. Elle ne peut se lier à aucune représentation, mais l'énergie qui lui est attachée perturbe le fonctionnement de l'appareil psychique (4) (5). On décrit généralement deux sortes de symptômes.

1) Les symptômes non spécifiques c'est-à-dire des symptômes ou syndromes que l'on peut rencontrer également dans bien d'autres affections mentales que la névrose traumatique et qui peuvent apparaître pendant la phase de latence : les diverses manifestations de l'anxiété et de l'angoisse, la dépression à des degrés divers, mais toujours présente, de la simple tristesse à la mélancolie délirante, des troubles du caractère et des conduites, des maladies psychosomatiques, etc. (6).

2) A un moment ou à un autre, dans un délai extrêmement variable, apparaissent les symptômes spécifiques c'est-à-dire des symptômes que l'on ne retrouve que dans la névrose traumatique et qui forment le syndrome de répétition. Ce sont généralement

des cauchemars qui s'accompagnent d'angoisse de néantisation, qui réveillent le sujet et dans lesquels celui-ci revit exactement l'évènement traumatique tel qu'il s'est produit et comme s'il était en train de se produire. Le réveil procure dans un délai variable un soulagement : ce n'était donc qu'un cauchemar. On trouve aussi avec une moindre fréquence des reviviscences diurnes : le sujet revit éveillé l'expérience traumatisante là aussi comme si elle était en train de se produire, mais en même temps, il prend acte de la réalité pacifiée dans laquelle il se trouve. Réel et réalité sont donc perçus dans le même instant même s'il arrive que la puissance du réel l'emporte créant ainsi un vécu hallucinatoire (une dissociation).

On voit donc dès maintenant que la névrose traumatique se situe uniquement sur le terrain de la perception et, dans le moment du traumatisme et dans les résurgences de celui-ci. Aucun fait de langage n'est capable de provoquer une effraction du pare-excitation de la vésicule vivante. Le signifiant est donc mis hors jeu.

Ce dont nous avons l'intention de parler ici, ce sont des névroses traumatiques dans lesquelles le syndrome de répétition est absent, ou passe à peu près inaperçu étant discret (non accompagné de son cortège émotionnel habituel), et/ou non rattaché par le patient à son expérience traumatique. Nous envisagerons ces situations que nous avons regroupées dans l'appellation un peu approximative de "Trauma sans images". Il faut ajouter dès maintenant que cette clinique est souvent en rapport avec une situation de transfert et que nous en savons beaucoup moins sur les devenir du syndrome de répétition lorsque l'évolution de la névrose est laissée à elle-même.

Selon notre expérience, les cas graves évoluant spontanément depuis des années, voire des dizaines d'années répondent au schéma classique dans lequel c'est le syndrome de répétition qui oriente manifestement toute la symptomatologie et qui constitue l'essentiel de la souffrance du sujet : c'est le cas du premier patient que nous allons présenter. Le "Trauma sans Images" correspond à plusieurs types de situations que nous allons détailler à partir d'observations.

Les phases de latence :

Raphaël, un soldat de dix-huit ans, marche en 1994 avec son "binôme" dans les rues de Kigali. Il passe devant un cadavre dont le crâne est fendu d'un coup de machette ; Raphaël se tourne vers son camarade et lui dit : "C'est curieux que tout ceci ne nous fasse rien". Il terminera les cinq ans de son engagement avec difficulté, en particulier, il a un irrésistible besoin de dormir quand il n'est pas en opération (ses camarades le surnommaient "la marmotte"). Mais il est considéré comme un excellent soldat, efficace et courageux.

Rentré chez ses parents cinq ans après l'évènement, c'est-à-dire revenu dans la vie civile, il est de plus en plus fréquemment la proie d'attaques de panique qui le conduisent dans un lit d'hôpital. Là, il est très angoissé, les entretiens sont quotidiens avec le médecin et une nuit il fait un cauchemar terrible : il a devant ses yeux la tête du cadavre de Kigali et celle-ci, outre son horrible blessure, a "l'expression de quelqu'un qui vient de voir le diable en personne".

On serait tenté de faire commencer sa névrose traumatique ce jour-là ; elle dure en fait depuis presque cinq ans et c'est là un type d'évolution qui n'est pas exceptionnel. Il est probable néanmoins que si la prise en charge avait été plus précoce, les cauchemars seraient apparus plus tôt.

On voit dans cette observation que les symptômes non spécifiques sont seuls présents pendant une longue période : l'hypersomnie, un sentiment diffus de malaise anxieux qui se transformera à la sortie du groupe militaire en attaques de panique.

Un autre exemple va nous montrer une phase de latence un peu différente, le cas de Simon.

Simon est un jeune pompier, victime à vingt-trois ans, il y a quinze ans maintenant, d'un accident de la voie publique. Pendant une période de dix ans environ, il subira une dizaine d'interventions chirurgicales réparatrices. Sur le moment, le choc violent avec un autre véhicule a été suivi d'une phase de coma.

Sur le plan chirurgical, les médecins peuvent considérer que leur travail a abouti à un réel succès ; Simon ne garde aucune séquelle motrice, cognitive, ou autre de son accident. Son aspect physique de "beau jeune homme" a été reconstitué, mais il refuse de le reconnaître et porte toujours sur lui une photo datant d'avant l'accident : "Celui-là était beau, lui".

Il souffre de douleurs qu'il décrit comme intolérables et qui désespèrent les médecins qui s'occupent de lui dans un "Centre de la Douleur" où les chirurgiens l'ont dirigé en désespoir de cause. Finalement, le Centre, devant son échec, nous l'adresse en consultation. Il vient nous voir régulièrement et fait un travail psychique assez superficiel, mais il tient beaucoup à ces rencontres. Il nous décrit essentiellement sa vie professionnelle, devenue peu exaltante dans un emploi de bureau, et ses craintes d'être un jour débordé par une réaction agressive contre sa femme ou sa fille. Il vit assez isolé, n'a pas de loisirs ni de désirs et pleure sur les débordements de sa belle jeunesse que lui permettait son physique avantageux. Il se vit comme un "mort-vivant". Il nous arrivera à plusieurs reprises de lui prescrire des antidépresseurs. Peu à peu, ses douleurs ne sont plus évoquées que pour mémoire.

Un jour, lors de l'entretien, il nous révèle comme un fait banal qu'il a fait un cauchemar absolument identique à l'accident d'autrefois : le choc avec l'autre véhicule, les tonneaux et l'écrasement dans lequel s'arrête sa voiture. Par la suite, il évoquera de temps en temps l'apparition de ce cauchemar, mais n'en parlera pas comme d'une source majeure de souffrance. Pour lui ce qui domine son état pathologique, c'est la perte de sa joie de vivre et le fait d'avoir à faire avec l'homme dangereux qu'il est devenu. Pour le moment, rien ne permet d'espérer un plus grand engagement dans le travail thérapeutique sinon que l'on constate l'importance croissante qu'il donne à ces rencontres hebdomadaires.

Ici, c'est la douleur qui tient essentiellement lieu de symptôme non spécifique. Elle est un bon moyen d'exprimer sa détresse, mais est aussi induite par son long parcours médico-chirurgical. On note des choses qui sont à la toute dernière limite du "non spécifique" : cette violence qu'il ressent en lui comme mortifère et qu'il pourrait ne plus contrôler, et ce vécu de "mort-vivant". A noter que même si ça ne l'a pas conduit jusqu'à la guérison, la relation transférentielle a permis le retour de la mémoire de l'accident, mais débarrassée de l'angoisse de néantisation qui l'aurait accompagnée dans un classique syndrome de répétition.

Tout se passe comme si le lien thérapeutique lui avait procuré une certaine sécurité intérieure et avait permis le retour des images traumatiques qu'il avait réussi jusqu'à maintenant à éviter par le déni.

Modifications apportées par un éventuel coma et par la psychothérapie :

Nous verrons à partir d'exemples comment l'un et l'autre peuvent intervenir sur la production d'images traumatiques. À noter que le cas précédent rentre dans cette catégorie.

Le syndrome de répétition est constitué par des actes et s'il y a des images elles ne parviennent pas à la conscience du sujet :

Xavier est un jeune légionnaire. Au cours d'une séance de saut en parachute, il reste accroché à la porte de l'avion par la jugulaire de son casque, puis il tombe dans le vide. Son parachute s'ouvre. Il est inanimé quand ses camarades viennent le récupérer et lors de son transfert sur un hôpital. Les chirurgiens disent à sa mère que son crâne s'est déboîté. Il est toujours sans connaissance, mais sa mère recueille cependant quelques paroles incompréhensibles comme : "une lumière rouge", qui font manifestement référence à son saut en parachute. Une nuit, 48 heures après son arrivée dans le Service, Xavier sort de son lit et se jette par la fenêtre de sa chambre qui est au deuxième étage : il y aura coma et séquelles motrices et cognitives. On est tenté de considérer ce passage à l'acte comme une manifestation de la répétition.

Il passe plusieurs mois en rééducation fonctionnelle puis rentre chez lui. Il a alors des troubles du comportement qui ont tous un rapport avec ces deux accidents : faire des roulés-boulés dans l'escalier de la maison, marcher en équilibre sur la crête du toit de celle-ci, avoir des épisodes d'angoisses accompagnés d'une sensation de chute, se jeter hors d'une voiture en marche, etc. Il a une amnésie qui couvre à peu près toute sa période légionnaire dont il ne garde que quelques souvenirs. Parfois sa mère le trouve la nuit endormi devant la télévision ; quand elle le réveille, une expression d'horreur se peint sur son visage. Elle l'emmène se coucher, mais il ne garde aucun souvenir de ces moments de dissociation.

Il récupère assez bien sur les plans physique et cognitif, mais a des troubles du comportement (des fugues suivies d'errances nocturnes essentiellement) et une grande labilité émotionnelle. Son amnésie persiste et il n'est pas possible d'entreprendre avec lui un travail psychothérapeutique.

Ce qui est frappant dans ce cas comme dans certains autres, c'est que le traumatisme semble ne pas pouvoir se répéter dans le surgissement d'images sensorielles ou sensibles et à la place, produit des mises en acte muettes et énigmatiques. Ces mises en acte ont un rapport direct avec l'accident initial et doivent être considérées comme les manifestations d'un syndrome de répétition.

La question que l'on peut se poser est celle de savoir sous quels modes l'accident traumatique s'est inscrit dans la mémoire car, si le sujet est dans l'incapacité de le révoquer de quelque manière que ce soit, il laisse néanmoins une trace mnésique qui ici, se manifeste par "la lumière rouge", l'horreur peinte sur son visage lors de réveils provoqués et la nature de ses passages à l'acte.

Le syndrome de répétition n'a pas le temps d'apparaître, un accident imaginaire lui est substitué :

Gérard est un militaire de vingt-huit ans d'origine polynésienne ; il est affecté depuis son incorporation, il y a huit ans, dans un régiment de l'ouest de la France. Au sortir d'une soirée "bien arrosée", à cause de sa vitesse excessive, il manque un virage et rentre dans un arbre avec sa voiture ; il ne garde aucun souvenir de cet accident qui

est suivi d'un coma d'un mois puis d'une longue rééducation. Au fur et à mesure que régressent ses troubles moteurs accompagnés d'une aphasie, et alors qu'il a recouvré une autonomie presque parfaite, apparaissent des symptômes caractéristiques. Il devient agressif et un matin entreprend de casser les meubles de sa chambre. Il nous est envoyé en urgence par le service de rééducation. De l'entretien, il ressort que lors d'une mission précédente il s'est battu avec un rebelle africain (c'est le moment de l'intervention française en Côte d'Ivoire dont il est fait largement écho à la télévision), et qu'il a reçu un coup de couteau dans le ventre. Il mime avec beaucoup de réalisme une scène de corps à corps et la douleur de la blessure. Cette histoire est étrange car il ne porte aucune marque de coup de couteau là où il indique avoir été frappé. Mais, il sort manifestement très soulagé de cet "entretien". Le lendemain, il maintient sa version, mais nous parle un peu plus de lui. Un coup de téléphone au médecin de sa caserne nous a appris qu'il n'est jamais allé en mission en Côte d'Ivoire, que c'est un militaire sérieux et en particulier un instructeur très apprécié. Au troisième entretien, un solide transfert s'est noué. Le malaise actuel disparaît rapidement. Une vraie psychothérapie commence. Elle sera courte, quelques rencontres.

Tout s'est passé comme si n'ayant pas à sa disposition les images de l'instant du choc dans sa voiture, il avait créé de toutes pièces un événement traumatique avec les matériaux que l'actualité lui proposait. Puis la guérison est survenue rapidement à la faveur de sa courte psychothérapie, rendant du même coup inutile le retour du trauma (7).

Faisons ici deux remarques. Il s'avère que Gérard est un garçon très équilibré, heureux de vivre, avec un minimum de composante névrotique dans sa personnalité. Ce type de patient habituellement se débarrasse seul ou en-tout-cas rapidement de ses manifestations psychotraumatiques. Nous ne sommes donc pas étonnés de son évolution si rapide vers la guérison. Par rapport à la question du syndrome de répétition, Gérard est un peu dans la même situation que Xavier. Il ne dispose pas consciemment des images de son accident, et les effets neurologiques de celui-ci restent longtemps au-devant de la scène. En revanche, il est pris en charge sur le plan psychothérapeutique à la première apparition de ce que l'on a considéré immédiatement comme les symptômes non spécifiques d'une phase de latence. L'attitude du sujet va dans le sens de cette interprétation alors que nous lui avons consacré au total peu de temps au regard de la durée des soins que lui ont prodigués les médecins rééducateurs, c'est nous qu'il considère avec une étrange insistance comme étant celui qui l'a guéri des séquelles de son accident.

Le syndrome de répétition est peu identifiable :

Chantal a cinquante ans. Il y a trois ans, un jour de pluie diluvienne, alors qu'elle conduisait sa plus jeune fille à l'école, sa voiture est emportée à un croisement par un torrent de boue. Elle fait un tête à queue et termine sa course, phares allumés (il fait encore nuit), dans le mur d'une maison. Chantal reste consciente quelques instants après le choc, voit son bras qui protège sa fille assise à côté d'elle puis elle entend une sirène de pompiers et se dit "ils viennent pour moi", après quoi elle perd connaissance. Un témoin raconte qu'il l'a vue sortir de sa voiture, dire à haute voix : "tout va bien, je gère tout" puis s'écrouler. Elle est hospitalisée ainsi que sa fille, en état de coma. Trois ans après, toutes les deux doivent encore suivre une rééducation. Nous la voyons depuis un an, aucune prise en charge psychothérapeutique n'a été entreprise auparavant. Elle présente une symptomatologie de névrose traumatique excepté le syndrome de répétition : phobie sociale, agressivité dominant un ensemble

de troubles caractériels qui lui créent des difficultés de tous ordres, dépression avec repli sur soi (elle se met dans sa "housse" en position "fœtale"), cauchemars sans rapport apparent avec l'accident, absence de tout désir, pas même sexuel. Peu à peu, il apparaîtra que certains de ses cauchemars consistent seulement en un flash lumineux qu'elle finit par rattacher à l'éclat de ses phares sur le mur de la maison où sa voiture est venue s'écraser.

L'identification du syndrome de répétition se fera au milieu d'un discours d'une grande richesse associative dans lequel réapparaissent de façon aigüe les moments les plus douloureux de sa biographie : haine de sa mère, le suicide de son père par noyade (c'est elle qui va retirer son corps de l'eau), la révélation trois mois avant son accident du viol de sa fille aînée par son deuxième mari quand elle était enfant, etc.

Contrairement à Gérard, Chantal est une bonne névrotique qui nécessitera plusieurs années de prise en charge. Dans le courant de celle-ci, elle présentera une autre manifestation de la répétition lui aussi peu identifiable qui la rapprocherait plutôt du cas de Xavier.

Elle est en train de faire une séance de rééducation dans la piscine, nage sur le "boudin" qui permet de flotter, le visage vers la surface de l'eau, contrairement à la consigne donnée. Elle est incapable de flotter sur le dos même avec le "boudin" qui devrait le lui permettre. Elle voit une piste bleue carrelée au fond de la piscine. Ça lui déclenche une reviviscence où la piste bleue est la route et elle se sent glisser en arrière sur l'eau dans une sorte d'aquaplaning. Pour elle, c'est un revécu de l'accident. Elle a le sentiment intense que tout ça se passe au présent, mais elle ne ressent pas d'angoisse, mais plutôt quelque chose de l'ordre du soulagement. Cette expérience ne se reproduira pas lors de sa deuxième séance en piscine. Il y a un an qu'elle est en psychothérapie. Serait-elle guérie de son trauma ? Peut-être, mais pas de sa névrose. Elle s'interroge sur ses rapports aux autres. Ce week-end elle va à la fête que sa deuxième fille donnée pour son anniversaire. Elle est très contente et remarque qu'il n'y a pas si longtemps, elle aurait considéré ça comme une corvée pour elle.

Le névrose traumatique sans syndrome de répétition décelable et qui contraint le patient à revisiter toute son existence :

Jacques est un fils unique qui intéressait peu ses parents, de gros commerçants de province pour lesquels il n'avait de valeur que comme héritier de leur affaire. Après sa naissance, ils le confient d'abord à des nourrices puis à sa grand-mère paternelle, femme sans chaleur et d'une grande sévérité. Pendant son service national, son père lui enjoint de faire les EOR (Élève Officier de Réserve). Un malheureux concours de circonstances le mêle à un complot anti-gaulliste, il est emprisonné à Tulle où son père vient le voir et le gifle. Il ne lui dit qu'un mot "traître". Cette gifle déterminera sa vie. Il aura désormais à se racheter d'une lourde faute. Or, il est acquitté par le tribunal lors de son jugement. Néanmoins, il s'engage dans l'armée dans cette perspective de rachat. Pendant toute sa carrière, il cumulera les missions difficiles et les actes d'humanité. Il est de tous les théâtres d'opérations de l'armée française depuis la guerre d'Algérie. À deux reprises, il rencontrera des situations traumatiques : un guet-apens en Afrique et également en Afrique le spectacle d'un horrible massacre. À chaque fois, il aura quelques cauchemars de répétition, mais pendant des périodes assez brèves et pas de symptômes non spécifiques. Il y a trois ans, il est en mission en Guyane française à la poursuite de trafiquants et de contrebandiers, sa pirogue est attaquée. Ses souvenirs s'arrêtent au moment où le moteur à godille s'éteint brusquement (le piroguier, derrière lui, a été tué). Il est

propulsé dans le fleuve et sa tête heurte violemment un rocher. Il sera rapatrié en France dans le coma.

Son réveil sera long et difficile marqué par une symptomatologie psychiatrique. Il sera attaché dans son lit puis maintenu par une “camisole chimique” (des neuroleptiques à fortes doses) qui finira par faire céder l’agitation délirante. Sous traitement antipsychotique, il peut néanmoins au bout de quelques mois reprendre un poste administratif. Il nous aborde dans le couloir en nous disant qu’il a besoin de parler. Nous ne nous connaissions pas ; ses soins ayant eu lieu dans un autre hôpital. Nous le verrons pendant deux ans, deux fois une heure par semaine.

Il est intarissable, reprend dans le détail tous les moments de sa vie, riche en événements depuis ses premiers souvenirs. Il tolère bien les neuroleptiques qui sont prescrits par un autre psychiatre. Il vit seul, sa femme s’est séparée de lui en emmenant leur fille quand elle a compris la dangerosité de son métier. Il se plaint de la platitude actuelle de sa vie et de son incapacité à renouer avec d’anciens collègues. Il fait de nombreux rêves.

Il est impuissant et n’a aucun désir sexuel. Son seul centre d’intérêt est cette psychothérapie, qu’il n’appelle d’ailleurs pas comme ça. Toutefois au détour d’un entretien, il signale son incapacité à se baigner dans une eau “qui bouge” : rivière ou mer alors qu’il n’a pas de problème en piscine. Nous l’arrêtons sur cette phobie mais il ne voit l’intérêt de s’interroger sur ce symptôme pour lui mineur. À aucun moment, il ne pense à la rattacher à son épisode traumatique en Guyane.

C’est la seule manifestation psychique que nous trouverons chez lui qui évoque directement la présence de son traumatisme psychique. Le raconter lui a pris seulement quelques secondes. Pour nous, cette révélation sur laquelle il refuse de réfléchir, confirme un diagnostic de névrose traumatique dont il avait tous les symptômes excepté apparemment le syndrome de répétition.

Peu à peu son discours évolue ; il reprend contact avec d’anciens collègues, participe à des commémorations festives. En tout cas, il ne reste plus cloîtré dans son petit studio, il revoit son ex-femme de temps en temps et aide régulièrement sa fille dans ses études. Après son divorce, il a eu deux maîtresses. L’une des deux est manifestement encore très amoureuse et parvient à le persuader de venir vivre avec elle. Il s’exécute très prudemment par petites périodes puis finit par s’installer en couple définitivement. Il a quitté l’armée.

Cette observation montre que le destin du traumatisme psychique peut être extrêmement divers. À deux reprises, le sujet s’est guéri tout seul d’un syndrome psychotraumatique. Peut-être faut-il voir ici, l’effet de la force chez cet homme de l’idéal : dans son engagement dans le métier de soldat d’élite, cet officier pensait sincèrement accomplir son “rachat”. Il serait un peu long et compliqué ici de dire pourquoi “cette force de l’idéal” ne peut être considérée comme névrotique, au contraire. Ce n’est que beaucoup plus tard que, dans la psychothérapie, la faute basculera du fils vers le père, le père ayant été un planqué de la dernière guerre : le “traître” c’était lui.

Il a fallu des heures et des heures de paroles pour que s’ouvre pour Jacques la possibilité de revivre à nouveau. À quoi doit-on la guérison ? Probablement à deux choses qui ont nécessité ce long travail : avoir pu exprimer son syndrome de répétition même s’il ne l’a pas reconnu comme tel et avoir fait basculer la faute vers son père.

Cette observation nous paraît emblématique de ce que sont ces “Traumas sans images”. La névrose se manifeste par des symptômes apparemment banals et l'indice de la présence d'un psychotrauma est faible. Néanmoins, la prise en charge est bien à chaque fois celle d'une névrose traumatique. La fascination par le trauma, généralement inconsciente, est délogée au profit des découvertes sur soi et du travail de reconstruction de soi par la parole que fait le sujet.

Une névrose traumatique incontestable, mais sans syndrome de répétition :

Gisèle roule dans une voiture à 130 km/heure sur la bande droite de l'autoroute. Son mari conduit le véhicule, son beau-frère est assis sur le siège avant droit et elle est, elle à l'arrière gauche et sa sœur est à droite. Tout le monde a bouclé ses ceintures de sécurité sauf sa sœur. Un camion vient se mettre en travers de la route. Le choc est rude et d'après son récit, elle est projetée sur le pare-brise avant et perd connaissance. Elle est emmenée avec les autres aux Urgences médicales de l'hôpital le plus proche. Dès qu'elle se réveille, elle demande des nouvelles de sa sœur qui était à côté d'elle. On lui répond qu'elle est blessée et que les chirurgiens font ce qu'ils peuvent. Elle est persuadée elle, que sa sœur a été tuée. Ceci s'avère vrai.

Nous la voyons en psychothérapie pendant plusieurs mois à propos de sa névrose traumatique sans avoir néanmoins, le récit d'un événement traumatogène. Peu à peu, elle reprend son travail et se plaint surtout de la névrose traumatique de son mari. Mais elle assiège littéralement la gendarmerie pour connaître toutes les circonstances de l'accident. Finalement, le rapport des gendarmes lui est remis où il s'avère que sa sœur a été éjectée de la voiture et a eu la tête tranchée sur le rail de sécurité. Une certaine émotion s'empare d'elle à cette nouvelle. Mais il faudra encore plusieurs mois pour que la mémoire de l'évènement lui revienne. En effet, il n'y a eu aucun choc céphalique, mais seulement la vision directe de ce qui s'est passé pour sa sœur lors de l'ouverture de la portière droite et de son éjection. C'est cette vision qui a provoqué la perte de connaissance et le déni consécutif.

Depuis l'évènement, elle est prise dans un processus psychothérapique qui lui a permis de reprendre sa place dans le monde des hommes. Grâce à celui-ci, l'évènement traumatique lui est revenu non comme un fait brut de mémoire, mais comme un souvenir, sans effet sur son équilibre psychique.

Conclusion :

Ainsi, l'image traumatique apparaît ou n'apparaît pas selon les circonstances. Nous remarquerons que tous ces patients qui ont attiré notre attention sur ce problème ont tous présenté une perte de connaissance ou un coma et étaient tous pris dans un travail psychothérapique. Il est probable que ces deux éléments conjugués ou non sont responsables des modifications du syndrome de répétition : soit que le déni efface pour une durée indéterminée les images et les affects qui leur sont liés, soit que seuls les affects (effroi, angoisse) ne soient plus attachés à la reviviscence de l'évènement.

Il est difficile à partir de cette simple constatation de construire une élaboration théorique. Peut-être les résultats des explorations neurologiques de la zone de la mémoire nous aideront dans un avenir sans doute lointain, à y voir plus clair. En

attendant, le but de ces réflexions n'était pas celui-là. Il s'agissait d'attirer l'attention sur des névroses traumatiques qui nécessitent d'être traitées comme telles mais qui ne se présentent pas rigoureusement comme telles. Le syndrome de répétition pathognomonique comme répétition à l'identique et au temps présent des images gravées par l'évènement peut être absent longtemps, apparaître comme un banal fait de mémoire ou même se présenter de façon inhabituelle : la mémoire n'est pas celle de perception, mais celle de modification kinesthésique de l'état du corps.

Bibliographie :

OPPENHEIM H. (1888). *Die traumatischen Neurosen*. Berlin, V. von August Hirschwald (eds.)

KRAEPELIN E. (1889). *Psychiatrie, Ein Lehrbuch für Studierende und Aerzte*. Leipzig, Barth JA, 6^e éd.

DSM III : Diagnostic and statistical manual of mental disorders (*American psychiatric association*).

FREUD S. (1920). *Au-delà du principe de plaisir*. In : Essais de psychanalyse (pp. 42-115). Paris, Petite Bibliothèque Payot, 1981.

LEBIGOT F. (2009). *Le Traumatisme Psychique*. Revue Francophone du Stress et du Trauma. Le psychotrauma en quête de reconnaissance. Tome 9. N° 4.

LEBIGOT F. (2005). *Traiter les traumatismes psychiques*. Clinique et prise en charge. Paris, Dunod, 239 pages.

LEBIGOT F. (2006). *L'évolution du trauma sous transfert*. Revue francophone du Stress et du Trauma. Tome 6, N° 2, 71-77.