

*Helena D'Elia*

## **De la névrose traumatique aux traumas de la névrose ?<sup>1</sup>**

Les difficultés théoriques et pratiques rencontrées dans la clinique du traumatisme réel<sup>2</sup> associé à des violences extrêmes — tortures, guerres, conflits armés, attentats et génocides — nous invitent à réinterroger la notion de trauma et plus particulièrement, la névrose traumatique. En psychanalyse, cette névrose, dont la cause est un traumatisme réel, n'a pas cessé de soulever des difficultés, au regard de toute autre névrose dont la cause traumatique — structurelle — renvoie à la rencontre avec le sexuel.

Aujourd'hui, comme pendant la première guerre mondiale, quand le traumatisme fait effraction dans le champ psychanalytique, la dimension sexuelle dans les conceptions théoriques et cliniques des névroses traumatiques reste une question épineuse. Sous l'influence du courant de la psychiatrie américaine, courant à l'origine de la nosographie du DSM, les discours actuels des différents champs — juridique, social et thérapeutique — font un usage généralisé du terme de traumatisme, voire le remplacent par celui de stress ; celui de névrose n'est plus utilisé et le sujet devient simple victime.

Si en 1917 la technique analytique, fondée sur la névrose de transfert, était réfractaire à la névrose traumatique, elle y est devenue favorable depuis que Freud a établi qu'entre ces névroses, les frontières n'étaient pas si nettes. Et pourtant, les avancées de Freud n'ont pas permis de retrouver dans la névrose traumatique l'étiologie sexuelle en jeu dans la névrose de transfert. Dans son *Abrégé de psychanalyse* publié en 1938, il réaffirme la possibilité pour la névrose traumatique de constituer une exception à la théorie des névroses. En effet pour lui, toute névrose est acquise dans la première enfance, sauf peut-être la névrose traumatique. Dès lors, il nous laisse en héritage la tâche de vérifier par l'expérience

---

<sup>1</sup> Intervention à la Réunion clinique du 4 octobre 2014 à Paris, suite au séminaire « Qu'est-ce qui fait trauma », animé d'octobre 2010 à mars 2014 par Helena d'Elia, Elisabeth Leypold, Annie Tardits. Ce texte recoupe partiellement celui publié dans *Clinique du trauma*, coll. Centre Primo Levi, Toulouse, Érès, 2014.

<sup>2</sup> On entend par là un traumatisme vécu dans la réalité.

clinique si cela se confirme, mais aussi s'il existe dans la névrose traumatique une relation aux conditions infantiles.

Selon ces conditions, le trauma peut être entendu comme l'effraction du sexuel dans la psyché, une faille ouverte que le fantasme, en tant que fiction investie d'affect, va venir voiler. Il a pour rôle de masquer la faille et par là, de régler le point de vue du sujet sur le monde et les objets. Freud nous dit que dans la réalité psychique il s'est passé quelque chose, de réel ou fantasmé, et cela donne à chaque sujet une structure singulière. Les expériences, refoulées dans la période de l'enfance et maintenues durant la période de latence, font partiellement retour au moment de la puberté ou à l'occasion de nouvelles expériences traumatiques. Est-ce que la pratique analytique avec des patients qui peuvent relever de la névrose traumatique, confirme ou non que les effets de celle-ci peuvent être pris et traités dans le cadre d'une névrose de transfert ?

Avec l'avancée d'un trauma phylogénétique, l'inconscient freudien n'est plus identique au refoulé. En effet, en plus des dispositions pulsionnelles, des impressions précoces de la vie infantile, on y trouve « des dispositions, mais aussi des contenus — des traces mnésiques des expériences de vie des générations antérieures<sup>3</sup> », voire un héritage archaïque propre à tous les êtres vivants. Les traces archaïques de l'espèce qui ne sont pas venues à être traduites ne font pas retour à la manière du refoulé, elles sont éveillées, par exemple à l'occasion d'un trauma que l'on pourrait croire mineur, nous dit Freud. On retrouve « les pendants à ce matériel phylogénétique dans les plus anciennes légendes de l'humanité et dans ceux de ses usages qui ont survécu<sup>4</sup> ».

#### *Le traumatisme réel dans la clinique aujourd'hui.*

Le traumatisme réel dont on veut traiter ici est contingent. Il est une collision entre l'intime et le politique, une effraction d'événements d'une violence extrême dans la vie singulière et/ou collective des sujets, dans le but bien souvent de les détruire, voire de les exterminer, et de nier, ou même d'effacer la trace de ce qui a eu lieu. Ce qui pose d'emblée la nécessité d'une reconnaissance dans des lieux d'altérité et par une instance publique. Tout refus, souvent accompagné d'une mise en doute de la parole

---

<sup>3</sup> S. Freud, « L'homme Moïse et la religion monothéiste », *OC*, vol. XX [1937-1939], Paris, PUF, 2010, p. 179.

<sup>4</sup> S. Freud, « Abrégé de psychanalyse », *OC*, vol. XX, *op. cit.*, p. 257.

du sujet, laisse celui-ci prisonnier de l'impression étrange d'avoir vécu une chose effroyable et qui, en même temps, semble ne pas avoir eu lieu.

Dans la clinique du traumatisme, la question du sujet et de la temporalité d'après-coup, dans sa corrélation au sexuel et au fantasme, est loin d'être une évidence. En effet, si le fantasme est ce qui règle le point de vue du sujet sur le monde et les objets, on peut se demander comment il prend en compte l'événement traumatique vécu. Le sujet ne vit-il pas l'événement traumatique comme un fantasme réalisé ? Une punition du destin, comme disait Reik ? Le plus souvent, ce sont des événements qui s'inscrivent dans une histoire politique qui se répète depuis plusieurs générations. Dans ce contexte, l'effraction causée par les violences extrêmes touche souvent aux limites des interdits fondamentaux. Le sujet, mais aussi toute une collectivité, subit ou assiste à des scènes de viols, à des meurtres, quand ils n'en sont pas eux-mêmes acteurs. On peut ainsi supposer qu'au-delà des réminiscences qui caractérisent le roman familial, quelque chose concernant l'héritage archaïque se réveille chez le sujet confronté à ces types de violence, mettant en jeu les pulsions d'autoconservation et le narcissisme. On retrouve dans ces situations un pouvoir politique absolu qui agit, en se donnant droit de vie et de mort sur un sujet ou sur le peuple qu'il est censé représenter. Peut-on ici évoquer cet agir comme une forme de répétition du meurtre du père, meurtre qui n'a pas pu s'inscrire et se perpétue au lieu de se remémorer ? Selon Freud, aussi bien chez l'individu que dans les masses, « l'impression du passé reste conservée dans des traces mnésiques inconscientes<sup>5</sup> ».

La soudaineté des massacres auxquels sont confrontés nos patients entraîne des conséquences symptomatiques et subjectives spécifiques : insomnie, cauchemars, changement d'humeur, colère, dépression, fatigue, perte de mémoire, absences, sidération, céphalées intenses, vertiges, tremblements, délire, hallucination, etc. Peut-on associer certains de ces phénomènes à ce que Freud et d'autres ont décrit comme accès hystérique par hypnose, et qu'Annie Tardits a repris dans son intervention lors du colloque sur le refoulé originaire<sup>6</sup> ? Ces symptômes font partie des

---

<sup>5</sup> S. Freud, « L'homme Moïse et la religion monothéiste », *OC*, vol. XX, *op. cit.*, p. 174.

<sup>6</sup> A. Tardits, « Une aussi pure absence ? L'accès hystérique avec le refoulement originaire », *Carnets de l'EpSF spécial Colloque 2012, Le refoulé originaire, traces et constructions*, pp. 115-127.

phénomènes symptomatiques observés durant la première guerre et ils sont parfois référés à la psychose.

Je citerai l'histoire d'un jeune patient qui, avec deux amis, est parti un matin participer à une manifestation, organisée dans un stade, contre le régime en place en Guinée. Il raconte avec une précision chronologique comment les choses se sont passées, soulignant que dans leur esprit, c'était quelque chose de festif. Ils avaient à cette époque entre treize et quatorze ans. Ce jour-là, des forces répressives les ont piégés à l'intérieur du stade, et des viols, des meurtres, un massacre de centaines de personnes ont eu lieu. Cela a duré toute la journée. Le jeune homme perd ses amis et finit par tomber, épuisé, parmi les morts. C'est là qu'il se réveille à la tombée de la nuit et s'échappe du chaos. Il se retrouve dans un état de folie, avec des hallucinations visuelles et auditives et, durant quelques mois, il est hospitalisé en psychiatrie avec des traitements lourds. Ses amis sont morts et, habité par une étrangeté qui ne le quitte plus, il n'arrive plus à reprendre sa vie et reste replié sur lui-même. Quelques années plus tard, il est à nouveau menacé. Des hommes armés font irruption chez lui et emmènent son père. Sa mère décide alors d'organiser son exil. Ce jeune homme parle d'une étrangeté qui persiste en lui, du fait qu'il est sans cesse irritable et ne peut être en lien avec d'autres. Il a des problèmes de concentration et s'énerve d'autant plus qu'on lui demande ce qu'il a. Il ne sait pas, il ne comprend pas, dit-il. Il est souvent pris dans la détresse, entend des cris, un brouillard de voix.

Frappé d'effroi par la mort, par les meurtres mais aussi par les scènes de viols, le jeune s'évanouit et cet évanouissement lui laisse une lacune de conscience. On peut dire que ce qu'il a vu et entendu dépasse ce qui concerne l'historisation de sa vie infantile. En proie à l'effroi, cet affect où il n'y a pas de sens pris dans un réseau de significations et de symbolisation, on peut aussi supposer que ce qui reste délié dans ce qu'il perçoit n'est pas sans rapport avec quelque chose de l'ordre du trauma phylogénétique qui s'éveille dans ce contexte, ou avec quelque chose de très primitif survenu chez lui avant qu'il ne soit dans la parole. Dans l'impossibilité de trouver des liens ni avec d'autres traces inconscientes ni dans la vie collective, il se trouve pris dans cet état de nervosité exacerbée, et habité par quelque chose d'étrange qui prend la forme d'hallucinations. On peut supposer ici un réel traumatique non représentable. C'est-à-dire le

dévoilement de la faille structurelle — le trou — à laquelle renvoie tout trauma.

Si le désir du sujet n'est pas pour quelque chose dans ce qu'il a vécu, la clinique par le lien de transfert nous permet d'entendre, dans certains effets d'après-coup, que le sujet non seulement est impliqué mais aussi que certains conflits qu'il éprouve — conflits liés à la culpabilité, à la passivité devant l'agresseur, le danger ou encore au refoulement de l'agressivité — entrent en résonance avec des traces inconscientes. Ce jeune vit dans la tension d'une menace permanente et dans la culpabilité d'avoir survécu quand ses amis sont morts, mais aussi d'avoir été passif lors de l'arrestation de son père. Il porte la marque d'une impuissance, d'une passivité face à ce danger dont la violence s'est imposée dans sa toute-puissance, et il sait que cela peut avoir lieu une autre fois. On retrouve chez Reik la corrélation intime que Freud tente de montrer entre l'effroi, l'angoisse et la libido narcissique. Reik soutient qu'à la suite d'une impression violente, lors d'un choc non préparé par l'angoisse, le sujet réalise pendant quelques secondes un remaniement inconscient qui redonne vie à des appréhensions anciennes, c'est-à-dire à des impressions déjà rencontrées et inconsciemment attendues. Pour lui le caractère spécifique de l'effroi réside dans le fait que le sujet revit tout à coup comme actuelle une ancienne angoisse inconsciente, que Reik rapporte à l'angoisse de castration<sup>7</sup>. Mais son hypothèse suffit-elle à rendre compte de ce qui fait trauma ?

D'une manière ambiguë, le patient veut à la fois effacer ce qu'il a vécu et attend que l'Autre, incarné par l'analyste, puisse le reconnaître. Dans la confusion et le doute sur sa propre perception, dans l'ignorance du sens de ce qu'il perçoit, il veut être rassuré. Dans cette demande, il attend que l'Autre vienne l'éclairer sur ce sentiment d'étrangeté, d'être fou. Si l'analyste donne l'impression de reconnaître la dimension traumatique de l'événement pour le patient, celui-ci, paradoxalement, dira : « vous ne pouvez pas comprendre ». Est-ce que cette négation ne vient pas réaffirmer qu'au-delà de la reconnaissance du traumatisme, au-delà de ce qui peut en être représentable, il y a un réel irréductible pour le sujet ? D'autre part, pour qu'il y ait une représentation, une subjectivation de l'expérience vécue et de ses effets, il est nécessaire que quelque chose s'opère chez le sujet

---

<sup>7</sup> T. Reik, « Effroi », *Le Besoin d'avouer*, Paris, Payot & Rivages, 1997, p. 310.

entre la temporalité du traumatisme sous son aspect événementiel et le réel du trauma.

Alors, si l'analyste prête à la souffrance du patient une évidente causalité traumatique due à l'événement, l'ouverture qu'il est censé produire chez le sujet n'aura pas lieu. L'enfermement du patient dans un présent sans passé et sans futur, ce sentiment qu'il éprouve d'être réduit à une souffrance infinie peut alors prendre la forme imaginaire d'une fiction originaire. En effet, nous avons appris avec la psychanalyse que tout commencement a un rapport au trauma — dans la vie psychique « il s'est passé quelque chose », un semblant de commencement où le trauma ne peut être approché que par une fiction d'origine, une construction imaginaire qui noue le réel du trauma à une représentation symbolique. Le réel du trauma est incurable, et ne peut se réduire à la contingence d'un événement. Ici, il est nécessaire de convoquer le déplacement temporel allant du réel du trauma au traumatisme réel et vice versa. La superposition de la fiction à la réalité, ce télescopage de temporalités dans le déni du réel du trauma, rendent difficile pour le sujet de se détacher de la fixation à la scène traumatique. Fixation qui lui barre la possibilité d'appréhender la part de jouissance pulsionnelle à l'œuvre dans les effets symptomatiques qu'il vient à éprouver.

Ainsi, attribuer à l'événement seulement la signification traumatique, c'est en quelque sorte non seulement évacuer le réel du trauma au fondement de l'étiologie sexuelle, mais aussi la participation subjective du sujet dans les effets qu'il éprouve après-coup — négligence qui renforce une position purement victimaire. Si le sujet n'est pas dans la situation traumatique elle-même, si son désir n'y participe pas, il y est cependant pour quelque chose dans ses réactions, dans les effets qu'il éprouve, dans les demandes et symptômes qu'il adresse à l'analyste. Freud va dans le même sens en disant qu'un événement qui a valeur de trauma pour les uns, ne l'a pas — ou pas de la même manière — pour les autres. En effet, au cœur de telles rencontres, la réaction après-coup comme la manière de chacun de faire appel à différents processus psychiques pour se défendre contre la destruction n'est pas la même. Ces considérations nous indiquent qu'à ce niveau, la subjectivité du sujet intervient.

Une de mes patientes, questionnant le retour répété de la scène traumatique dans le cauchemar et dans la vie éveillée, se demande : « pourquoi je retourne toujours au commencement ? » À ce moment-là, le

commencement est référé au massacre de sa famille où elle-même est blessée et laissée pour morte. Elle dira aussi : « vous ne pouvez pas imaginer ce que c'est de voir la mort venir vers vous. » On peut imaginer que le sujet est ici confronté à une altérité absolue, celle de son anéantissement ressenti comme imminent. Dans l'intenable de cette position, le sujet ne peut se représenter l'expérience que comme une sorte d'origine catastrophique.

Or, quelques séances plus tard, le cauchemar dans sa répétition amène de nouveaux éléments, des éléments qu'elle associe à un trauma de la vie infantile. Puis d'autres traumatismes qui ont suivi le massacre. D'un traumatisme à l'autre, la patiente passe alors à la formulation d'une question où le sujet est impliqué : pourquoi moi ? Qu'est-ce que j'ai bien pu faire ? La répétition lui semble une punition du destin, telle que Reik nous l'a évoquée. D'un trauma à l'autre, dans la répétition traumatique, qu'est-ce qui fait trauma ?

Rappelons encore qu'une des définitions du trauma donnée par Freud est celle d'un excès d'excitation faisant irruption dans le champ du sujet, sans que celui-ci puisse l'éviter ou l'anticiper. Dans les événements extrêmes, et particulièrement dans la torture, l'excès produit par cette violence entraîne l'effondrement du lien à l'autre, voire l'anéantissement du sujet qui se retrouve abandonné de tous, sans aucun objet secourable. Une telle situation de détresse, une telle effraction, touche au corps propre et à la vie elle-même. En proie à l'effroi, impuissant, le sujet subit la situation, il ne peut s'en abstraire, d'où l'on peut dire qu'à ce stade, il n'est pas impliqué. Ici, ce qui est traumatique c'est l'effacement même du sujet.

Lors de sa rencontre avec l'analyste, le patient ayant vécu une telle détresse se présente fixé à des images traumatiques, à des perceptions auditives et visuelles qui se répètent à l'infini. La répétition se fait parfois dans une maîtrise chronologique et séquentielle précise, comme si le patient cherchait à combler tout hiatus entre les mots. Parfois, il parle de lui comme s'il parlait d'un autre, ou bien sans aucun affect. On a l'impression que la moindre faille ou la survenue d'un affect est une menace de désagrégation psychique, de débordement. Capturé dans ce temps de sidération, sans aucune possibilité de subjectivation, le sujet est, toujours et encore, mis à mal.

Qu'est-ce donc que ce trauma événementiel, cette souffrance privée d'un dépassement possible, figée au présent, dans un temps en défaut de passé et d'avenir ? Un temps lui-même en défaut puisque le

patient ne peut plus souffrir ni cesser de souffrir. « ...présent sans fin et cependant impossible comme présent<sup>8</sup> ». Une souffrance indéfiniment creusée dans l'abîme même du présent.

L'analyste est toujours, lui aussi, pris au dépourvu, confronté à cette souffrance, à ces paroles qui dévoilent de façon si précise et crue l'horreur vécue par le patient. Il accueille, se laisse traverser par l'horreur que l'autre tente de lui faire entendre, sans pour autant la laisser s'installer chez lui. Il tente d'imaginer la scène et de proposer une construction. Comment entendre sans être capturé par l'horreur ? Quel acte faut-il, pour re-voiler ce trou abyssal rouvert par l'événement traumatique ? Et, une fois passées les premières impressions, comment repérer dans ce qui lui est donné à entendre, l'implication du sujet dans les effets produits par cette souffrance traumatique ? S'agit-il d'une névrose ? D'une souffrance obscure, énigmatique, comme l'a dit Freud ? Évacuer la question, c'est donner raison aux discours actuels, à la banalisation confuse de la notion de trauma commuée en stress et à la disparition même du terme de névrose mais aussi de sujet.

L'analyste sait que dans la rencontre avec le patient, il faut de la bienveillance, tenir une position d'accueil, où l'empathie et la complaisance n'ont pas lieu d'être. Un temps pour rassurer le patient et lui permettre de retisser un lien à l'Autre est nécessaire. Un temps de travail préliminaire pour l'aider à sortir de l'obnubilation de ce présent habité par le fracas de la violence et des douleurs, de ce temps qui ne suscite aucune question. Freud disait que le travail analytique se déroule au mieux quand on a pu acquérir une sorte de distance à l'expérience vécue pathogène, puisque dans l'état de crise aiguë « l'intérêt du moi est sollicité par la réalité douloureuse et se refuse à l'analyse, qui veut conduire au-delà de cette surface et mettre à découvert les influences du passé<sup>9</sup> ».

Dominer les excitations, contenir l'énergie déliée est un premier pas pour, *a posteriori*, tenter de lier les impressions vécues lors de l'événement en représentations psychiques, autrement dit, subjectiver le vécu traumatique. Les symptômes eux-mêmes sont déjà une tentative du sujet de border le traumatisme, de lier psychiquement ce qui reste délié au

---

<sup>8</sup> Maurice Blanchot, *L'Entretien infini*, Paris, Gallimard, coll. Blanche, 1969, p. 63.

<sup>9</sup> S. Freud, « Analyse finie et infinie », *OC*, vol. XX, *op. cit.*, p. 33.



niveau de la représentation. Une fois que le transfert s'installe, que la confiance s'établit, le patient peut adresser à l'analyste une demande d'aide : il veut oublier, arracher de sa conscience la présence obsédante des images douloureuses et redevenir ce qu'il était avant. Cette demande fait émerger un conflit chez le sujet et favorise le déplacement temporel. Le moi d'avant gagne une force imaginaire et lutte contre ce nouveau moi qui ne peut plus souffrir et veut tout oublier comme s'il n'avait pas existé, un moi qui parfois ne veut ou ne peut rien savoir. Le conflit qui s'installe alors dans le transfert est favorable au travail.

Dans le développement de la névrose, l'oubli implique l'opération de refoulement, opération qui transforme des impressions d'excitations vécues en traces mnésiques. Dans le cas de la névrose traumatique, on parle plutôt d'une impression-perception gelée en image visuelle ou sonore située dans la conscience. Il s'agit d'une forme donnée à quelque chose d'encore inaccessible au champ de la parole, à quelque chose qui n'est pas encore représenté, faute de correspondant symbolique aussi bien dans l'inconscient que dans les coordonnées collectives. C'est une impression-perception située dans la conscience, qui ne fait pas le lien avec d'autres traces psychiques comme l'exige le processus de la représentation. Est-ce représentable ? C'est-à-dire, peut-il y avoir une représentation symbolique ? Les interventions de la deuxième partie reprendront cette question.

Freud nous en donne une explication, quand il reformule le modèle et la dynamique de l'appareil psychique. Au départ, son modèle psychique situait la perception et la conscience à des pôles opposés. À partir de *Au-delà du principe du plaisir*, perception et conscience se retrouvent au même pôle et forment un système unique qui vient se situer à la frontière entre monde extérieur et intérieur. Dans cette perspective, le trauma résulte d'une impression perceptive trop forte qui peut atteindre la conscience même sans être représentée. Une image hyperréaliste tel un « flash-back », un instant photographié excessivement net, selon Freud. Il s'agit d'impressions perceptives qui ne sont pas articulées en chaîne d'associations, raison pour laquelle elles restent inaltérées. Elles s'introduisent dans l'appareil psychique mais y restent comme des corps étrangers. La répétition signifie que le moi a échoué à lier l'énergie pulsionnelle, ainsi que l'échec de chaque nouvelle tentative.

La répétition est avant tout un processus inconscient, le résultat des conflits pulsionnels propres au réel du trauma dans toute névrose. Dans la

névrose traumatique, la compulsion de répétition n'est pas le résultat d'un conflit entre les instances psychiques, c'est plutôt un mode de défense contre une menace de destruction physique et psychique. Freud dit que dans les névroses traumatiques, le moi ne peut réagir à l'effroi en utilisant les mécanismes de défense avec lesquels il s'est constitué ni utiliser les ressources du principe du plaisir comme rectification d'une réalité douloureuse via le rêve ou l'hallucination. Le rêve de celui qui souffre du traumatisme semble ne pas obéir aux mécanismes de réalisation du désir, puisqu'il répète toujours la situation traumatique. Selon la théorie du principe du plaisir, le rêve devrait ramener le sujet à des périodes précédant le trauma, quand il se sentait heureux. La répétition peut être vue comme une tentative du moi d'appivoiser dans une représentation la souffrance traumatique et de dominer les tensions excessives qu'elle engendre.

Freud considérait que les expériences traumatiques donnent lieu à deux réactions : une réaction positive, entendue comme l'effort pour se remémorer l'expérience, la vivre à nouveau dans une relation analogue à une autre personne, et une réaction négative — réaction de défense ou d'inhibition — qui, dans un but opposé, tend à ce qu'aucun élément des traumas oubliés ne soit remémoré ni répété.

La clinique nous permet d'avancer que l'événement traumatique ne devient expérience vécue, subjectivée, que si le sujet, dans son rapport transférentiel à l'Autre, s'approprie la répétition comme question qui le met en cause. C'est en convoquant quelque chose de pulsionnel dans la relation transférentielle que le sujet pourra humaniser l'événement et renouer affect et expérience vécue, ce qui est nécessaire à une inscription psychique. Alors le sujet laisse entendre dans son récit et son questionnement de nouveaux éléments qui portent la trace de sa singularité et, par là, une lecture possible des effets déclenchés par le traumatisme vécu s'ouvre à lui. Le transfert favorise un mouvement qui déplace la fixation de l'événement traumatique vers un questionnement qui remet au centre du mouvement la faille ouverte par le réel du trauma. Celui-ci est incurable, insaisissable, voire impensable. Dans ce mouvement l'analyste doit opérer de manière à favoriser pour le sujet une lecture qui mette en résonance les effets éprouvés dans l'après-coup de l'événement traumatique et les réminiscences de son histoire. Cela permet au sujet de reconstituer une fiction, de jeter un voile sur l'horreur de la scène et ainsi, de l'humaniser.

Si la rencontre d'un événement traumatique modifie la perception et l'organisation psychique du sujet, sa lecture et sa réorganisation dépendent de la singularité qui le caractérise dans sa rencontre du réel du trauma, dont l'origine est sexuelle. On peut aussi dire que la rencontre avec un événement traumatique marqué par des violences extrêmes, peut modifier un certain abord de ce réel du trauma dans la névrose préexistante, ou dans la prédisposition à la névrose.

Je dirai pour terminer que l'expérience dont j'essaie de rendre compte me permet de dire que c'est une fois passé par la névrose de transfert qu'il sera possible au sujet de lire les effets de la névrose traumatique.