**20 Cas Cliniques Détaillés en Psychopathologie du Trauma**

**Guide pédagogique pour exposés - Licence 3**

**Instructions pour les étudiants**

**Format de l'exposé (20 minutes)**

**Structure imposée :**

1. **Introduction et rappel psychoclinique** (3 min)
   * Définition du trouble suspecté
   * Critères diagnostiques DSM-5-TR et CIM-11
   * Prévalence et données épidémiologiques
2. **Présentation du cas clinique** (5 min)
   * Histoire détaillée du patient
   * Symptomatologie complète
   * Évolution temporelle
3. **Analyse clinique approfondie** (7 min)
   * Diagnostic principal et différentiel
   * Étiologie traumatique
   * Processus psychopathologiques
   * Liens santé mentale/physique
   * Comorbidités
4. **Réponses thérapeutiques** (5 min)
   * Approches psychothérapeutiques indiquées
   * Options médicamenteuses
   * Plan de traitement intégré

**Utilisation de l'IA (obligatoire)**

**Consignes :**

1. Soumettre le cas à ChatGPT ou Claude ou autre
2. Documenter vos prompts exacts
3. Analyser critiquement les réponses
4. Identifier forces et limites de l'analyse IA

**Exemples de prompts à tester :**

"Analyse ce cas clinique et propose un diagnostic selon le DSM-5-TR : [insérer cas]"

"Quels sont les processus psychopathologiques impliqués dans ce cas de trauma : [détails]"

"Compare les approches thérapeutiques possibles pour : [symptômes]"

"Quels liens entre trauma et symptômes physiques identifies-tu dans ce cas ?"

**Grille d'analyse standardisée**

**1. Identification diagnostique**

* Diagnostic principal (DSM-5-TR + CIM-11)
* Diagnostics différentiels écartés
* Comorbidités identifiées
* Justification basée sur critères

**2. Analyse étiologique**

* Nature du/des trauma(s)
* Âge lors du trauma
* Facteurs de vulnérabilité
* Facteurs de protection
* Trajectoire développementale

**3. Processus psychopathologiques**

* Mécanismes neurobiologiques
* Processus dissociatifs
* Patterns d'attachement
* Stratégies d'adaptation
* Maintien des symptômes

**4. Dimension somatique**

* Symptômes physiques
* Maladies chroniques associées
* Processus inflammatoires
* Impact sur la santé globale

**5. Plan thérapeutique**

* Hiérarchisation des cibles
* Approches evidence-based
* Séquençage des interventions
* Critères de succès

**Références obligatoires**

* Minimum 10 références scientifiques récentes (post-2018)
* Format APA 7e édition
* Au moins 3 méta-analyses ou revues systématiques
* Sources francophones et anglophones

**Les 20 Cas Cliniques Détaillés**

**CAS 1 : Marie-Claire, 34 ans - TSPT simple post-accident**

Marie-Claire est une professeure agrégée de lettres classiques dans un lycée prestigieux de Lyon. Mariée depuis 8 ans, mère de deux enfants (6 et 4 ans), elle menait une vie qu'elle qualifiait de "parfaitement ordonnée" jusqu'à l'accident survenu il y a 8 mois. Un vendredi soir de novembre, alors qu'elle rentrait d'une réunion parents-professeurs, sa voiture a été percutée frontalement par un véhicule roulant à contresens sur la départementale. Le conducteur de l'autre véhicule, un homme de 23 ans alcoolisé, est décédé sur le coup. Marie-Claire est restée consciente mais coincée dans l'habitacle pendant 2 heures, le visage du jeune homme mort à moins de deux mètres d'elle, visible à travers les pare-brises brisés. Les pompiers ont dû découper la voiture pour l'extraire. Depuis, elle revit quotidiennement ces deux heures d'attente, particulièrement l'expression figée du visage du défunt et l'odeur mélangée d'essence, de sang et d'airbag brûlé. Elle ne peut plus conduire, sursaute violemment au moindre crissement de pneus, et s'est mise en arrêt maladie après une crise de panique en classe déclenchée par un élève qui a fait tomber bruyamment sa chaise. Ses nuits sont perturbées par des cauchemars récurrents où elle se voit mourir dans l'accident, se réveillant en sueur avec la sensation physique d'être encore coincée. Elle a perdu 8 kg, souffre de céphalées tensionnelles quotidiennes et de douleurs cervicales séquellaires du coup du lapin. Sa culpabilité du survivant est intense : "Pourquoi lui et pas moi ? Il avait l'âge de mes élèves." Son mari rapporte qu'elle est devenue irritable, qu'elle refuse toute sortie impliquant un trajet en voiture et qu'elle vérifie obsessionnellement que les enfants sont bien attachés même pour un trajet de 500 mètres. L'évitement s'étend progressivement : elle refuse de regarder les informations (peur des accidents), ne supporte plus les films d'action, et s'isole socialement, annulant systématiquement les invitations. Physiquement, outre les douleurs, elle présente une hypervigilance constante avec tension musculaire, fatigue chronique et troubles de la concentration qui l'empêchent de corriger ses copies. Elle n'a aucun antécédent psychiatrique et décrit sa vie d'avant comme "épanouie et sans histoire particulière".

**CAS 2 : Youssef, 42 ans - TSPT complexe avec dissociation sévère**

Youssef était ingénieur en génie civil à Alep, spécialisé dans la construction parasismique, marié et père de trois enfants. En 2013, suspecté de sympathies pour l'opposition en raison de ses critiques techniques sur la reconstruction gouvernementale, il a été arrêté et détenu pendant deux ans dans la prison militaire de Saidnaya. Durant sa détention, il a subi des tortures systématiques : électrocutions, suspension par les poignets (shabeh), brûlures de cigarettes, simulacres d'exécution, obligation d'assister aux tortures d'autres détenus. Il décrit des périodes où il "sortait de son corps" pendant les séances de torture, se voyant du plafond, technique qui lui a "permis de survivre psychiquement". Libéré en 2015 dans un état physique déplorable, il a fui vers la Turquie puis la France où il a obtenu l'asile en 2018. Depuis son arrivée, malgré la sécurité objective, son état s'est paradoxalement aggravé. Il présente des amnésies dissociatives majeures, perdant parfois 2-3 jours complets sans aucun souvenir de ses activités. Sa femme rapporte qu'il est parfois trouvé dans des lieux éloignés sans savoir comment il y est arrivé. La dépersonnalisation est constante : "Je me regarde vivre comme un spectateur, ce corps n'est pas le mien, celui qui vit ici n'est qu'une ombre." Les flashbacks sont multisensoriels et intrusifs : l'odeur de chair brûlée déclenchée par un barbecue, le son de l'électricité qui le paralyse de terreur, la sensation tactile des liens sur ses poignets. Il s'automutile régulièrement "pour sentir que je suis encore vivant" et présente des scarifications méthodiques reproduisant les marques de torture. Sa méfiance est extrême : il change de trajet quotidiennement, vérifie constamment s'il est suivi, refuse de parler arabe en public. L'anhédonie est totale, il ne ressent plus aucun plaisir, même avec ses enfants qu'il aime pourtant profondément. Il répète : "Je suis mort à Saidnaya, ce qui est ici n'est qu'un fantôme." Trois tentatives de suicide ont nécessité des hospitalisations. Sur le plan somatique, il souffre de douleurs chroniques aux sites de torture (sans lésions actuelles visibles), d'un syndrome du côlon irritable sévère avec alternance diarrhée/constipation, d'un psoriasis étendu apparu en détention et d'une hypertension artérielle nécessitant un traitement. Les tentatives thérapeutiques (TCC, antidépresseurs) ont échoué, la barrière linguistique et culturelle compliquant la prise en charge. Il refuse l'EMDR, terrorisé à l'idée de "revivre l'enfer". Son épouse est épuisée, les enfants perturbés par les cris nocturnes et les absences dissociatives de leur père.

**CAS 3 : Léa, 8 ans - Trauma développemental précoce et négligence**

Léa a été découverte seule dans un appartement insalubre du 93 à l'âge de 5 ans, lors d'une intervention des services sociaux alertés par les voisins. Née de parents toxicomanes polytoxiques (héroïne, crack), elle a vécu ses cinq premières années dans des conditions de négligence extrême. Retrouvée en état de dénutrition sévère (11 kg pour 5 ans), avec des signes évidents de carences affectives et de stimulation. Les enquêteurs ont découvert qu'elle était régulièrement laissée seule pendant plusieurs jours, survivant en mangeant ce qu'elle trouvait (croquettes du chien, restes moisis). Aucune scolarisation, aucun suivi médical, pas d'état civil régularisé avant sa découverte. Placée en famille d'accueil spécialisée depuis 3 ans, elle présente un tableau complexe de trauma développemental. Son retard global est marqué : langage pauvre et désorganisé, difficultés motrices (coordination, équilibre), retard cognitif estimé à 2-3 ans. L'attachement est profondément désorganisé : elle oscille entre recherche désespérée de contact (s'accroche physiquement aux adultes) et rejet violent (morsures, griffures). Les crises de rage sont disproportionnées et imprévisibles : elle peut détruire sa chambre pour une contrariété mineure, se frapper la tête contre les murs jusqu'au sang. Les comportements auto-apaisants sont constants : balancements rythmiques, succion du pouce jusqu'à blessure, arrachage compulsif des cheveux (zones d'alopécie). L'hypervigilance est extrême : elle surveille constamment les adultes, interprète tout mouvement brusque comme une menace, dort en position fœtale contre la porte. Les troubles alimentaires sont sévères : elle cache de la nourriture partout (sous le lit, dans ses vêtements), mange compulsivement jusqu'au vomissement, panique si elle ne voit pas de réserves alimentaires. Le mutisme sélectif complique la scolarisation : elle ne parle qu'à sa famille d'accueil et reste mutique à l'école malgré une compréhension apparente des consignes. Sur le plan somatique, elle présente un retard staturo-pondéral persistant malgré une alimentation normalisée, un eczéma sévère aggravé par le grattage compulsif, des infections ORL récurrentes (8-10 par an) suggérant un système immunitaire fragilisé, et des troubles du sommeil majeurs avec terreurs nocturnes et réveils multiples. Les visites médiatisées avec les parents biologiques (en cours de sevrage) provoquent systématiquement des régressions spectaculaires : énurésie, encoprésie, mutisme total, refus alimentaire. La famille d'accueil, pourtant expérimentée et bienveillante, s'épuise face à l'intensité des besoins et la lenteur des progrès. L'école envisage une orientation en établissement spécialisé, ce qui risquerait de reproduire l'abandon initial.

**CAS 4 : Sophie, 28 ans - TDI avec système élaboré post-trauma organisé**

Sophie se présente aux urgences psychiatriques après sa troisième tentative de suicide en six mois, découverte par sa colocataire. L'équipe soignante rapporte rapidement des "comportements déroutants" : changements de voix, demandes contradictoires, non-reconnaissance du personnel d'un jour à l'autre. Sophie (l'identité "hôte") est bibliothécaire, décrit une vie "à trous" avec des pertes de temps allant de quelques heures à plusieurs jours. Elle découvre régulièrement des objets qu'elle ne se souvient pas avoir achetés, des messages qu'elle aurait envoyés sans en avoir conscience, des rendez-vous pris qu'elle ne reconnaît pas. L'exploration thérapeutique révèle progressivement un système dissociatif complexe de 7 identités distinctes. Luna, 6 ans, garde les souvenirs traumatiques, parle avec une voix enfantine, dessine compulsivement des symboles ésotériques. Le Protecteur, sans âge défini, masculin, intervient dans les situations perçues comme dangereuses, peut être violent. Sarah, 16 ans rebelle, consomme drogues et alcool, multiplie les comportements à risque, "déteste Sophie la coincée". Marie, figure maternelle interne, tente d'apaiser et de prendre soin des autres parties, épuisée par ce rôle impossible. X, partie persécutrice, convaincu que "nous méritons de souffrir", responsable des automutilations et tentatives de suicide. L'Observer, partie apparemment détachée, garde une mémoire complète du système mais n'intervient que rarement. L'histoire traumatique émerge fragmentairement : entre 4 et 12 ans, Sophie aurait été victime d'abus ritualisés au sein d'un groupe sectaire dirigé par son grand-père paternel. Les souvenirs, portés principalement par Luna, incluent des cérémonies nocturnes, des "purifications" impliquant des sévices sexuels, des mises en scène de mort et résurrection, l'obligation de participer à des actes sur d'autres enfants. La programmation mentale semble avoir été systématique avec des déclencheurs spécifiques (dates, mots-codes) provoquant des switches. Sophie présente une amnésie complète de cette période jusqu'à ses 25 ans, quand un documentaire télévisé sur les sectes a déclenché une décompensation massive. Le fonctionnement quotidien est chaotique : Sophie peut partir au travail et Sarah revenir droguée, Luna peut émerger en pleine réunion professionnelle, X sabote régulièrement les progrès thérapeutiques. Les manifestations somatiques sont troublantes : migraines intenses précédant les switches, variations physiologiques documentées entre alters (correction visuelle différente, allergies variables, changements de latéralité), cicatrices multiples d'origines oubliées formant des patterns géométriques. Le diagnostic a mis deux ans à être posé, après plusieurs hospitalisations pour "bouffées délirantes" et traitements antipsychotiques inefficaces. La coexistence des parties génère une souffrance intense : Sophie est terrorisée par les pertes de temps, Sarah méprise Sophie, Luna est terrifiée en permanence, X veut "en finir pour tous". La thérapie est complexifiée par la méfiance du Protecteur et le sabotage actif de X. L'isolement social est majeur, les rares relations s'enfuient devant l'imprévisibilité des comportements.

**CAS 5 : Marc, 55 ans - Trauma militaire cumulatif et perte identitaire**

Adjudant-chef dans les forces spéciales, Marc a effectué une carrière de 35 ans incluant 6 OPEX dans les zones les plus dangereuses : Afghanistan (3 tours), Mali (2 tours), Centrafrique. Décoré de la croix de la valeur militaire avec palmes, il incarnait le "soldat d'élite" jusqu'à sa retraite forcée il y a 2 ans pour raisons médicales après un énième blast d'IED. Son exposition traumatique est massive et répétée : combats rapprochés avec pertes de camarades (il peut nommer 23 "frères d'armes" morts), découverte de charniers, exposition à des attentats suicides, nécessité de "choix impossibles" (tirer sur des enfants-soldats), multiples blessures personnelles (3 purple hearts français). Pendant le service actif, l'hypervigilance était adaptative et valorisée. La structure militaire, les rituels, la fraternité contenaient la souffrance. La retraite a fait exploser ce système défensif. Les flashbacks sont quotidiens et multiples, se superposant parfois : odeur de chair brûlée, vision de membres arrachés, sons d'explosions. Les feux d'artifice, pétards, portes qui claquent déclenchent des réactions de combat avec mise à couvert immédiate. L'alcoolisation est devenue massive (1 bouteille de whisky/jour) "seul moyen de dormir sans voir leurs visages". L'hypervigilance persiste : reconnaissance tactique des lieux, repérage des sorties, position dos au mur, sursauts au moindre mouvement périphérique. Paradoxalement, il exprime une "nostalgie de la guerre" : "Là-bas, je savais qui j'étais, j'avais un but. Ici, je ne suis rien." Les cauchemars mélangent différentes opérations dans des scénarios cauchemardesques où il ne peut sauver personne. La culpabilité du survivant est écrasante, aggravée par les décorations qu'il vit comme une "imposture". Les idéations suicidaires sont omniprésentes avec un plan précis (arme de service conservée illégalement). Le divorce récent après 25 ans de mariage ("elle ne supportait plus mes cris la nuit") a augmenté l'isolement. Il refuse de voir ses anciens camarades "par honte de ce que je suis devenu". Physiquement, il souffre d'acouphènes permanents post-blast invalidants, de lombalgies chroniques (parachutisme, charges lourdes), de probable TCC léger répété non diagnostiqué (troubles mnésiques, irritabilité), et d'une cirrhose débutante. Il présente aussi des épisodes dissociatifs où il "repart en mission", parlant à des camarades morts, donnant des ordres tactiques. Son identité entière était construite autour du statut de guerrier d'élite ; la perte de ce rôle équivaut à une mort psychique. Les tentatives d'insertion professionnelle civile ont échoué : "Ces jobs de bureau, c'est pas une vie d'homme." La rage contre "les civils qui ne comprennent rien" alterne avec un profond désespoir. Les services de santé militaires l'ont orienté vers le civil, mais il vit cela comme un abandon supplémentaire de l'institution. Le risque de passage à l'acte suicidaire est maximal, la période post-retraite étant statistiquement la plus dangereuse pour les vétérans.

**CAS 6 : Amina, 16 ans - Trauma sexuel intrafamilial et conflit de loyauté**

Amina a été admise en pédopsychiatrie après une tentative de suicide par phlébotomie, découverte par sa petite sœur. L'hospitalisation a permis la révélation progressive d'un inceste paternel débuté à l'âge de 8 ans et poursuivi jusqu'à ses 14 ans. Le père, notable respecté de la communauté, chef d'entreprise prospère et membre actif de l'association cultuelle locale, a instauré un système de terreur et de manipulation sophistiqué. Les abus ont commencé par des "câlins prolongés" évoluant vers des agressions sexuelles complètes, toujours précédées du même rituel : "Tu es ma préférée, c'est notre secret spécial." La dimension religieuse était pervertie : il priait après chaque agression pour "leur pardon mutuel", la culpabilisant comme tentatrice. Les stratégies de contrôle incluaient menaces voilées sur la fratrie ("tes sœurs pourraient avoir besoin de câlins aussi"), chantage affectif ("tu détruirais la famille"), et récompenses matérielles créant une culpabilité supplémentaire. La dissociation pendant les agressions était massive : Amina décrit "partir au plafond", "devenir une poupée vide", sensations d'anesthésie corporelle. Depuis la révélation, déclenchée par la découverte que le père "initiait" sa sœur de 8 ans, le tableau clinique s'est complexifié. Les scarifications sont quotidiennes et méthodiques : cuisses, ventre, avant-bras, avec une prédilection pour les zones "souillées". Elle présente des troubles alimentaires restrictifs sévères (IMC 16), visant explicitement à "redevenir un corps d'enfant non désirable". Le sommeil est perturbé par l'inversion nycthémérale : elle reste éveillée la nuit (moment des agressions) et somnole le jour. La promiscuité sexuelle paradoxale inquiète : elle envoie des photos dénudées à des inconnus sur internet, "puisque je suis déjà une pute". Les flashbacks sont déclenchés par l'odeur du parfum paternel, les bruits de pas la nuit, tout contact physique masculin. La rage contre la mère est intense : "Elle savait forcément, elle a choisi de fermer les yeux." Cette colère alterne avec une culpabilité dévorante d'avoir "détruit la famille". Les manifestations somatiques incluent douleurs pelviennes chroniques sans cause organique, infections urinaires récurrentes (10 en 2 ans), aménorrhée secondaire psychogène, et vomissements lors des examens gynécologiques. La procédure judiciaire en cours complexifie : confrontations, expertises, avec le père niant en bloc et mobilisant d'excellents avocats. La communauté est divisée, certains soutenant le "père exemplaire" contre "l'adolescente perturbée". Les frères aînés ont coupé les ponts, l'accusant de mensonges. La mère, économiquement dépendante, oscille entre soutien timide et pression pour "pardonner et oublier". Au foyer, Amina alterne entre repli mutique et explosions de violence. Les fugues visent souvent le domicile familial malgré l'interdiction judiciaire, traduisant l'attachement traumatique. L'ambivalence est déchirante : haine du père alternant avec nostalgie du "papa d'avant", désir de justice et terreur des conséquences. Le risque suicidaire reste élevé, les scarifications devenant plus profondes, la phlébotomie initiale ayant nécessité une transfusion.

**CAS 7 : Chen Wei, 45 ans - Trauma transgénérationnel et crypte familiale**

Chen Wei, psychologue clinicienne respectée, consulte pour des symptômes anxieux envahissants depuis la naissance de sa fille il y a 3 ans. Née dans un camp de réfugiés thaïlandais de parents cambodgiens ayant fui le régime des Khmers rouges, elle a grandi en France depuis l'âge de 2 ans. Ses parents, survivants des camps de travail, n'ont jamais parlé de leur expérience : "Le passé est enterré." Brillante élève, Chen Wei a construit une vie apparemment réussie, mais souffre depuis l'enfance de symptômes inexpliqués. Les cauchemars récurrents la hantent depuis toujours : scènes d'exécutions qu'elle n'a jamais vécues, visions de fosses communes, sensations de faim extrême. Ces rêves comportent des détails précis qu'elle découvrira plus tard historiquement exacts : uniformes noirs, foulards à carreaux rouges et blancs, enfants séparés des parents. L'hypervigilance est constante sans trauma personnel identifiable : vérification compulsive des réserves alimentaires, impossibilité de jeter la nourriture même avariée, accumulation de conserves "au cas où". Elle ne supporte pas de voir ses enfants avoir faim, les suralimentant jusqu'à l'inquiétude du pédiatre. L'anxiété de séparation vis-à-vis de ses enfants est massive : GPS dans les cartables, appels multiples, crises de panique si retard de 5 minutes. Les manifestations somatiques sont invalidantes : syndrome fibromyalgique diagnostiqué à 30 ans, thyroïdite auto-immune de Hashimoto, syndrome métabolique précoce malgré une hygiène de vie stricte, céphalées de tension chroniques résistantes aux traitements. La naissance de sa fille a déclenché une aggravation spectaculaire : terreur irrationnelle qu'on lui enlève l'enfant, visions intrusives de sa fille en uniforme noir, conviction que "l'histoire va se répéter". L'exploration en thérapie révèle des éléments troublants : sa mère parle parfois en dormant, évoquant en khmer des scènes d'horreur, nomme des morts. Le père présente des cicatrices qu'il refuse d'expliquer. Une tante, lors d'un moment d'ivresse, a évoqué les enfants que les parents "ont dû abandonner pour survivre" avant de se murer dans le silence. Chen Wei découvre qu'elle porte le prénom d'une sœur aînée morte de faim dans les camps. Les photos de famille révèlent des absents jamais mentionnés. La crypte familiale semble contenir l'insoutenable : probables actes de survie impensables (cannibalisme évoqué ?), enfants sacrifiés, collaboration forcée. Cette transmission silencieuse s'inscrit dans le corps de Chen Wei et menace de contaminer la génération suivante. Sa fille de 3 ans présente déjà des terreurs nocturnes, refuse de se séparer de sa mère, accumule la nourriture dans sa chambre. Chen Wei oscille entre le besoin désespéré de connaître la vérité familiale et la terreur de ce qu'elle pourrait découvrir. Les parents vieillissants restent murés : "Pour ton bien, n'ouvre pas cette porte." Son frère aîné a coupé tout contact avec la famille, parti vivre au Canada, fuyant peut-être le poids du non-dit. Sa sœur cadette présente des troubles alimentaires sévères et une dépression chronique. La thérapie est compliquée par la dimension culturelle : comment honorer les ancêtres tout en se libérant de leur fardeau ? Chen Wei se débat avec sa double culture, son identité fracturée entre psychologue occidentale et fille de survivants khmers. La culpabilité de "trahir" en parlant lutte avec le besoin vital de briser la transmission traumatique.

**CAS 8 : Thomas, 35 ans - Trauma médical complexe et rapport au corps**

Thomas consulte sur insistance de sa compagne enceinte, paniqué à l'idée de devenir père. L'exploration révèle un parcours médical traumatique débuté à 12 ans avec le diagnostic d'une leucémie aiguë lymphoblastique. L'annonce brutale ("Tu as un cancer, on commence la chimio demain") l'a projeté sans transition dans un univers de survie. Deux années d'enfer ont suivi : chimiothérapies haute dose provoquant vomissements incoercibles, perte de cheveux vécue comme une humiliation publique, mucites douloureuses empêchant l'alimentation. L'isolement en chambre stérile pendant 6 mois pour greffe de moelle a constitué une "mort sociale" : privation sensorielle, contact humain minimal, contemplation d'adolescents mourants dans les chambres voisines. Trois épisodes de mort clinique lors de complications septiques ont laissé des souvenirs troublants : vision de son corps d'en haut, sensation de paix absolue contrastant avec la violence des réanimations. Les procédures médicales invasives répétées (ponctions lombaires, biopsies de moelle, cathéters centraux) sans anesthésie adéquate ont inscrit la terreur dans son corps. La rémission à 14 ans n'a pas signifié la fin du calvaire : suivis anxiogènes, menace permanente de rechute, corps transformé et affaibli. Les séquelles sont multiples : stérilité chimio-induite (banque de sperme à 12 ans, expérience humiliante), neuropathie périphérique douloureuse, fatigue chronique invalidante, risque accru de cancers secondaires épée de Damoclès. Les flashbacks médicaux sont quotidiens : goût métallique de la chimio déclenché par certains aliments, panique à l'odeur d'antiseptique, sensation de brûlure dans les veines au souvenir des perfusions. La phobie médicale est majeure : évitement de tous les suivis pourtant vitaux, crises de panique pour une simple prise de sang, refus de tout médicament même banal. Le rapport au corps est profondément perturbé : "Mon corps m'a trahi à 12 ans, puis m'a sauvé malgré moi." Sentiment d'être habité par un "alien" (le cancer) qui peut revenir. L'hypocondrie paradoxale coexiste avec le déni : terreur de tout symptôme mais refus de consulter. La culpabilité du survivant est intense : sur 8 adolescents de son service, 5 sont décédés. Il garde contact obsessionnel avec les 2 autres survivants, seuls à "comprendre". L'incapacité à se projeter dans l'avenir persiste : "J'ai appris à 12 ans qu'on peut mourir demain." Tout projet à long terme génère une angoisse massive. Les relations intimes sont compliquées par la honte du corps abîmé (cicatrices multiples, maigreur persistante, dysfonctions érectiles intermittentes). La grossesse de sa compagne réactive tout : terreur de transmettre une vulnérabilité génétique, conviction irrationnelle qu'il mourra avant que l'enfant grandisse, flashbacks de sa propre vulnérabilité d'enfant malade. Les comportements compensatoires incluent sport extrême ("prouver que je suis vivant"), workaholisme (rattraper le temps perdu), évitement de tout attachement profond ("moins de souffrance quand je partirai"). Le déni alterne avec des crises d'angoisse hypocondriaque où chaque sensation corporelle signale une rechute. La fertilité retrouvée via FIV avec son sperme congelé à 12 ans crée un vertige temporel : "Mon enfant sera conçu par l'adolescent que j'étais, pas l'homme que je suis." Cette paternité imminente impose de résoudre son rapport traumatique à la vulnérabilité et à la finitude.

**CAS 9 : Fatou, 32 ans - Polytraumatisme et corps politique**

Fatou arrive en consultation psychiatrique transculturelle après orientation par le centre d'hébergement pour demandeurs d'asile. Militante des droits des femmes en Guinée, elle a été arrêtée lors d'une manifestation contre l'excision et détenue 8 mois dans la sinistre prison centrale de Conakry. La torture a été systématique : viols collectifs quotidiens par les gardiens, électrocutions génitales "pour la punir de défendre ces parties", simulation de noyade, suspension par les bras, obligation d'assister aux tortures d'autres détenues. Enceinte suite aux viols, avortement forcé violent sans anesthésie. La dimension politique de la torture visait à "corriger" son militantisme : "Tu veux protéger les sexes des femmes ? On va te montrer à quoi ils servent." Libérée grâce à une campagne internationale, elle a fui via le Mali et la Libye où de nouveaux traumas se sont ajoutés : racket par les passeurs, viols dans le désert, 3 mois de détention en Libye avec travail forcé et violences quotidiennes. La traversée méditerranéenne (48h sur un zodiac surchargé, nombreux morts jetés par-dessus bord) constitue un trauma supplémentaire. Arrivée en France enceinte d'un viol libyen, elle a accouché d'un fils maintenant âgé de 2 ans. Le mutisme électif est massif : elle ne parle qu'aux femmes africaines, reste mutique avec tout homme ou femme blanche. La communication passe par l'interprète-médiatrice culturelle. Les symptômes dissociatifs sont sévères : dépersonnalisation lors de tout contact masculin ("je deviens un objet"), épisodes de fugue dissociative où elle "retourne au pays" mentalement. Le rejet initial du bébé ("fruit du démon") a évolué vers une fusion anxieuse : terreur qu'on le lui enlève, co-sleeping permanent, allaitement prolongé comme "purification". L'insomnie est totale certaines nuits : position assise dos au mur, hypervigilance aux bruits, conviction que "ils vont venir". Les flashbacks olfactifs sont déclenchés par l'odeur de sueur masculine, le parfum bon marché des gardiens, l'odeur d'urine (cellule insalubre). Somatiquement, les séquelles sont lourdes : VIH contracté en détention nécessitant trithérapie, fistule vésico-vaginale suite aux viols brutaux causant incontinence, multiples cicatrices de torture dont certaines forment des mots injurieux, dénutrition chronique par refus alimentaire ("la nourriture a le goût de la prison"). Les douleurs pelviennes constantes sans substrat organique actuel la font marcher courbée. Les positions corporelles bizarres la nuit (dort assise en tailleur) visent à protéger les parties génitales. Les manifestations culturellement syntones incluent conviction d'être "souillée jusqu'à l'âme", certitude que les ancêtres l'ont abandonnée pour avoir été violée, rituels de purification compulsifs (lavages jusqu'au sang). La procédure d'asile réactive le trauma : raconter pour prouver, expertises médicales vécues comme nouvelles violations, suspicion des autorités rappelant les interrogatoires. Le conflit entre besoin de justice et honte culturelle est déchirant. L'ambivalence envers le fils oscille entre amour protecteur et rappel permanent des viols. Les uniformes (police, sécurité) déclenchent des crises de panique avec prostration. Malgré tout, des îlots de résilience subsistent : solidarité avec d'autres femmes du centre, maintien de pratiques spirituelles adaptées, projet de reprendre le militantisme "quand je serai guérie". Le corps reste le champ de bataille principal : marqué par la torture, il est devenu archive politique de la violence d'État et de genre.

**CAS 10 : Dr. Pierre Martineau, 52 ans - Trauma vicariant et épuisement de compassion**

Pierre, urgentiste depuis 25 ans au CHU de Marseille, est en arrêt maladie depuis 3 mois suite à une "erreur médicale" qui a précipité sa décompensation. Entré en médecine "pour sauver des vies", il a progressivement accumulé ce qu'il nomme "les fantômes" : milliers de patients décédés malgré ses efforts, détresses humaines extrêmes, violence quotidienne des urgences. L'événement déclencheur reste gravé : Matteo, 5 ans, même âge que son fils, polytraumatisé après AVP. Malgré 2h de réanimation acharnée, l'enfant décède. Pierre réalise qu'il a inversé deux médicaments dans l'urgence. Bien que l'enquête conclue que l'erreur n'a pas causé le décès (blessures incompatibles avec la vie), il reste convaincu d'être "un assassin". Depuis, explosion de symptômes jusqu'alors contenus. Les images intrusives défilent : non seulement Matteo mais tous les enfants décédés en 25 ans, visages nets, prénoms mémorisés. Les flashbacks nocturnes mélangent différents décès dans des scénarios où il échoue systématiquement. L'insomnie est alimentée par la révision obsessionnelle de chaque geste : "Aurais-je pu faire autrement ?" Le détachement émotionnel, longtemps défense professionnelle, s'est mué en anesthésie affective totale. Il décrit une "mort de l'empathie" : voir la souffrance sans rien ressentir, mécanisation des gestes de soin. Ce cynisme défensif ("encore un toxico qui va nous pourrir la nuit") alterne avec une culpabilité massive de "déshumanisation". Les manifestations somatiques témoignent de l'usure : HTA découverte à 45 ans, ulcère gastrique perforé il y a 2 ans, zona récurrent en période de stress, prise de poids massive (+25kg) par alimentation compensatoire. Les consommations se sont intensifiées : anxiolytiques pour "tenir" les gardes, hypnotiques pour dormir, alcool pour "décompresser". L'hypervigilance professionnelle déborde : en famille, il repère tout signe médical, transforme chaque toux en urgence potentielle. Ses enfants se plaignent : "Papa nous ausculte au lieu de nous écouter." Les cauchemars récurrents le montrent submergé par une marée de patients zombies réclamant des soins impossibles. La contamination traumatique touche sa vision du monde : "Je ne vois plus que mort et souffrance partout." Les loisirs sont abandonnés, la vie sociale réduite aux collègues "seuls à comprendre". L'épuisement professionnel masquait un TSPT complexe : exposition répétée à la mort violente, accumulation de micro-traumas, impossibilité du deuil (patient suivant attend). La violence des urgences (agressions par patients/familles, menaces, crachats) a érodé sa foi en l'humanité. Les compressions budgétaires augmentant la charge jusqu'à l'inhumain ("faire de la médecine de guerre en temps de paix") ont cassé l'idéal soignant. L'erreur sur Matteo a fait exploser les digues : "25 ans de morts contenues qui déferlent." Le sens du sacrifice ("ma vie pour sauver les autres") s'est mué en sacrifice vain. L'identité de "héros des urgences" s'effondrant, reste un homme vidé confronté à l'accumulation traumatique. Les idéations suicidaires émergent : "Rejoindre tous ceux que je n'ai pas pu sauver." La famille s'inquiète de ses absences dissociatives où il "repart aux urgences", donne des ordres, pratique des gestes de réanimation dans le vide. La proposition de reconversion administrative est vécue comme une mort professionnelle. Comment soigner quand soigner est devenu source de trauma ?

**CAS 11 : Louise, 24 ans - Trauma développemental complexe et trouble de personnalité**

Louise se présente aux urgences pour la dixième fois en deux ans, après une tentative de suicide par ingestion médicamenteuse massive. Son dossier, épais de plusieurs centaines de pages, témoigne d'un parcours psychiatrique chaotique avec diagnostics multiples et contradictoires : trouble bipolaire, personnalité borderline, psychose non spécifiée, troubles dissociatifs. L'histoire traumatique est d'une complexité extrême. Née d'une mère borderline et d'un père absent, elle subit dès la naissance des violences physiques maternelles : secouée bébé (suspicion de syndrome du bébé secoué non prouvé), brûlures cigarettes dès 2 ans, enfermement dans placards obscurs pour des "punitions" durant des heures. La mère, dans ses phases maniaques, la parait comme une poupée et l'exhibait ; dans ses phases dépressives, négligence totale avec absence de soins, nourriture, hygiène. À 10 ans, nouveau compagnon de la mère : début d'abus sexuels quotidiens jusqu'à 15 ans, avec la complicité passive maternelle ("Au moins il ne me touche plus moi"). Les stratégies de survie incluaient dissociation massive ("je devenais un nuage"), automutilations précoces (se cogner la tête pour "partir ailleurs"), et identification à l'agresseur (séduction des hommes adultes pour "contrôler"). À 15 ans, fugue et vie dans la rue : prostitution de survie, polytoxicomanie (héroïne, crack), violences par clients et proxénètes, trois grossesses/IVG, overdoses multiples. Placée en foyer à 17 ans après coma toxique, elle alterne comportements de séduction envers éducateurs masculins et violence extrême envers éducatrices féminines. Les symptômes actuels forment un tableau déroutant. L'identité est morcelée : "Je ne sais pas qui je suis, je deviens ce que les autres veulent." Sentiment chronique de vide avec tentatives désespérées de remplissage (sexe, drogue, nourriture, achats). Les automutilations sont sévères et créatives : coupures profondes nécessitant sutures, brûlures au fer à repasser, insertions d'objets sous la peau, scarifications formant des mots ("PUTE", "MONSTRE"). La dissociation est constante : déréalisation ("le monde est un film"), dépersonnalisation ("ce corps n'existe pas"), amnésies des passages à l'acte violents. Les relations sont chaotiques : idéalisation initiale ("vous êtes mon sauveur") puis diabolisation brutale ("tous des salauds"), terreur de l'abandon alternant avec provocation du rejet. L'incapacité à dire non la met en danger permanent : accepte tout rapport sexuel demandé, donne son argent, se laisse maltraiter "parce que je le mérite". Les troubles alimentaires oscillent entre boulimie avec vomissements et anorexie sévère, le contrôle du corps étant le seul espace de maîtrise. Les hospitalisations sont vécues dans l'ambivalence : recherche de contenance mais reproduction des traumas (contentions vécues comme viols, isolement comme punitions maternelles). Somatiquement : cicatrices couvrant 60% du corps, IST récurrentes (VIH, hépatite C), séquelles toxiques (insuffisance rénale débutante), dénutrition chronique. Les tentatives thérapeutiques échouent par sabotage actif : séduit puis accuse thérapeutes masculins, agresse violemment thérapeutes féminines, fugue dès qu'un lien s'établit. Les psychotropes sont détournés pour intoxications volontaires. L'intelligence préservée contraste avec l'adaptation catastrophique. Elle peut discourir brillamment sur son cas, citant Winnicott ou Ferenczi, tout en étant incapable d'utiliser ces insights. Le pronostic semble sombre : chronicisation, passages à l'acte répétés, marginalisation progressive. Pourtant, des îlots de santé subsistent : créativité artistique (dessins saisissants), capacité d'empathie envers d'autres patients, humour noir salvateur. Le défi thérapeutique est immense : comment créer un lien suffisamment solide pour survivre aux attaques tout en maintenant un cadre protecteur ?

**CAS 12 : Ahmed, 19 ans - Trauma social et dérive radicale**

Ahmed comparaît devant la commission de prévention de la radicalisation après signalement de son lycée. Né en France de parents algériens intégrés, il était décrit comme un "élève modèle" jusqu'à l'événement traumatique survenu il y a 18 mois. Son frère aîné Malik, 22 ans, étudiant en master de droit, a été tué lors d'un contrôle policier qui a "dérapé". La vidéo amateur montrant Malik plaqué au sol, suppliant "je ne peux plus respirer" avant de perdre connaissance, est devenue virale. Ahmed a visionné obsessionnellement ces images, gravant chaque détail. L'enquête IGPN a conclu à un "usage disproportionné mais non intentionnel de la force", les policiers étant simplement mutés. Cette absence de justice a fracturé quelque chose en Ahmed. Les symptômes post-traumatiques immédiats étaient classiques : flashbacks de la vidéo, cauchemars où il tente sans succès de sauver Malik, évitement du quartier du drame, sursauts aux sirènes de police. Mais progressivement, la symptomatologie s'est muée en autre chose. L'hypervigilance s'est transformée en paranoïa structurée : "Ils nous tuent systématiquement, c'est un génocide planifié." La rage, d'abord dirigée contre les policiers impliqués, s'est généralisée : "Tout le système est pourri, complice." Le clivage du monde est devenu absolu : "eux" (kouffars, oppresseurs, France coloniale) versus "nous" (musulmans, opprimés, résistants). La radicalisation s'est opérée en 6 mois via internet. De vidéos de bavures policières, il est passé aux théories complotistes, puis aux prêches radicaux, enfin aux vidéos de propagande terroriste. Sa rhétorique mélange trauma personnel et idéologie : "Malik est un martyr de la guerre contre l'Islam." Il a rompu avec ses anciens amis "vendus au système", ne fréquente plus que la mosquée salafiste périphérique. L'apparence a changé : barbe, qamis, refus de serrer la main des femmes. Les parents, modérés et républicains, sont désemparés : "Ce n'est plus notre fils." Les manifestations comportementales inquiètent : entraînement physique intensif ("préparer le combat"), visionnage compulsif d'exécutions ("m'endurcir"), scarifications formant le nom de Malik en arabe. Le discours apocalyptique s'intensifie : "La fin est proche, le califat vaincra." Les réseaux sociaux montrent une glorification croissante du "martyre", des likes sur des contenus de plus en plus violents. Le trauma non élaboré s'est enkysté dans une idéologie qui donne sens et direction à la rage. La radicalisation offre : identité claire ("soldat d'Allah"), communauté de substitution ("frères"), ennemi identifié (l'Occident), possibilité d'action ("jihad"), retrouvailles fantasmées ("rejoindre Malik au paradis"). Les facteurs de vulnérabilité préexistants émergent rétrospectivement : discriminations scolaires minimisées, humiliations policières antérieures, sentiment de non-appartenance ("ni vraiment français, ni vraiment algérien"). Somatiquement : psoriasis apparu après le décès couvrant bras et visage, interprété comme "signe divin", insomnies comblées par prières nocturnes, perte de poids volontaire par jeûnes "purificateurs", cicatrices auto-infligées lors de rituels "expiatoires". L'ambivalence demeure : moments de doute ("Malik n'aurait pas voulu ça"), nostalgie de "l'avant", maintien paradoxal du poster de l'équipe de France dans sa chambre. Les parents tentent désespérément de maintenir le lien, la mère pleurant "j'ai perdu mes deux fils". Le défi est complexe : traiter le trauma sans cautionner l'idéologie, reconnaître l'injustice sans valider la violence, offrir une appartenance alternative à la radicalisation. Le temps presse : les services de renseignement notent des recherches internet sur "fabrication d'explosifs" et des contacts avec des individus fichés S.

**CAS 13 : Isabelle, 48 ans - Trauma obstétrical et deuil maternel**

Isabelle consulte 3 ans après un accouchement catastrophique sur insistance de son mari qui menace de divorce. "Elle n'est plus la même personne depuis." L'histoire obstétricale est un crescendo traumatique. Après 5 ans d'infertilité et 3 FIV, grossesse miraculeuse à 45 ans. Grossesse idéalisée malgré les risques, préparation minutieuse de la chambre, choix du prénom depuis des années : Emma. À 38 semaines, déclenchement pour pré-éclampsie sévère. L'accouchement vire au cauchemar : travail bloqué, souffrance fœtale aiguë, décision de césarienne urgente. En salle d'opération, hémorragie cataclysmique (placenta accreta non diagnostiqué), tension s'effondre, champ opératoire "noyé de sang". Hystérectomie de sauvetage en urgence pendant que l'équipe pédiatrique réanime le bébé. Isabelle entend, semi-consciente : "On la perd !", "Combien de culots ?", "Le bébé ne respire pas !". Sensation de "partir" : tunnel lumineux, paix absolue, vision de sa grand-mère décédée lui disant "pas encore". Réanimation agressive la ramène. Réveil en réanimation 48h plus tard : bébé vivant mais hystérectomie totale, fin définitive de fertilité. Les flashbacks quotidiens la ramènent en salle d'opération : vision du sang giclant, sensation d'étouffement (intubation), goût métallique, froid glacial (hypothermie thérapeutique). Les déclencheurs sont multiples : vue du sang (même menstruel d'autres femmes), bruit de moniteurs, odeur d'hôpital, cris de nouveau-nés. La phobie médicale est totale : refuse tout suivi gynécologique pourtant nécessaire, crises de panique pour vaccins du bébé, évitement de toute structure médicale. Le lien au bébé est profondément perturbé. Alternance fusion anxieuse/rejet : moments où elle ne peut le lâcher, terreur qu'il meure subitement, vérifications respiratoires nocturnes multiples ; puis phases où elle ne supporte pas ses pleurs, "voit la mort" dans ses yeux, fuit la chambre. Sentiment d'imposture maternelle : "Une vraie mère n'aurait pas failli mourir." Culpabilité dévorante : "J'ai privilégié ma vie à la sienne" (faux, décisions médicales). La perte utérine est vécue comme castration : "Je ne suis plus une femme complète." Deuil impossible de fertilité brutalement close. Rage contre corps "défaillant" après années à le supplier de concevoir. Les douleurs fantômes utérines sont quotidiennes : contractions sans organe, sensations de "ventre vide", saignements psychogènes. Le couple dysfonctionne : mari oscillant entre soutien épuisé et reproches ("Tu devrais être heureuse, elle est vivante !"), absence de libido depuis (terreur inconsciente de nouvelle grossesse impossible), dorment séparés (elle ne supporte pas être touchée). La ménopause chirurgicale brutale aggrave : bouffées de chaleur vécues comme "feu de l'hémorragie", sécheresse vaginale renforçant sentiment de "corps mort", sautes d'humeur attribuées à "folie post-partum". Les manifestations dissociatives inquiètent : moments où elle "oublie" avoir un enfant, cherche son utérus au réveil, se voit enceinte dans miroir. Conduites d'évitement massives : refuse baby-showers, fuit femmes enceintes, change trottoir devant poussettes. Paradoxalement, recherche compulsive témoignages accouchements traumatiques sur internet, rejouant virtuellement le trauma. L'enfant, pourtant en bonne santé, est investi comme "miraculé fragile". Hyperprotection anxieuse : consultations pédiatriques excessives, interprétation catastrophique de tout symptôme, impossibilité de confier à quiconque. Le sentiment de "mort et revenue" crée une dépersonnalisation persistante : "Je vis une vie qui n'est pas la mienne." La dimension spirituelle complique : pourquoi sauvée ? Dette existentielle ? L'identité maternelle reste gelée dans trauma : ni vraie mère (a failli mourir), ni non-mère (enfant vivant), dans un entre-deux intolérable.

**CAS 14 : Dimitri, 29 ans - Trauma du sport de haut niveau**

Dimitri se présente en consultation poussé par sa compagne inquiète de ses "crises de rage" et comportements autodestructeurs. Ex-gymnaste de l'équipe de France, il a commencé la gymnastique à 6 ans, repéré pour ses aptitudes exceptionnelles. Intégré au pôle espoir à 10 ans, il décrit une "militarisation" de son enfance. Entraînements 8h/jour, 6 jours/7, pesées biquotidiennes, régime drastique (1200 calories pour un adolescent en croissance), interdiction de vie sociale ("les amis ramollissent"). Son entraîneur, figure charismatique adulée, appliquait des méthodes soviétiques : humiliations publiques ("tu es gros comme une vache"), punitions physiques (pompes jusqu'à effondrement), manipulation psychologique ("tes parents ont tout sacrifié, tu veux les décevoir ?"). Les violences physiques étaient normalisées : étirements forcés jusqu'aux larmes, entraînement sur blessures ("la douleur forge les champions"), gavage forcé après vomissements d'effort. À 14 ans, début des attouchements par le médecin de l'équipe lors des "examens de développement". Présentés comme normaux ("je vérifie ta croissance"), évoluant vers fellations forcées "pour la relaxation pré-compétition". L'emprise était totale : menaces sur la carrière, normalisation ("tous les champions passent par là"), culpabilisation ("tu m'as excité"). La dissociation permettait de tenir : "mon corps était un outil, je n'habitais plus dedans". Les succès sportifs (champion d'Europe junior) renforçaient le déni : "ça marche donc c'est normal". À 18 ans, triple fracture vertébrale lors d'un salto mal réceptionné met fin brutalement à sa carrière. La chute du statut d'athlète élite au néant a déclenché un effondrement identitaire : "Sans la gym, je n'existe pas." Les symptômes actuels reflètent ce trauma complexe. Le perfectionnisme pathologique envahit tout : incapacité à tolérer la moindre erreur, procrastination par peur d'échouer, alternance surmenage/effondrement. La dysmorphophobie est sévère : se voit "obèse" avec un IMC de 20, pesées compulsives multiquotidiennes, miroirs évités ou consultations obsessionnelles. Les troubles alimentaires oscillent : phases restrictives mimant le régime d'athlète, crises boulimiques "interdites" suivies de purges, orthorexie (obsession du "clean eating"). Les douleurs chroniques inexpliquées migrent : genoux un jour, dos le lendemain, épaules ensuite, sans substrat organique proportionnel. Les flashbacks sont déclenchés par l'effort physique : goût de bile en montant escaliers, vision du coach hurlant en soulevant charges, mains du médecin en consultation. Le rapport au sport est clivé : évitement total de gymnastique (change chaîne si JO), mais addiction à musculation jusqu'à blessure. L'identité masculine blessée par les abus génère compensations toxiques : hypersexualité compulsive cherchant à "prouver" virilité, stéroïdes anabolisants pour maintenir corps "d'athlète", violence verbale envers partenaires. Professionnellement perdu (que faire sans bac+8h gym/jour ?), il enchaîne petits boulots dévalorisants. Les séquelles physiques sont objectivables : arthrose précoce généralisée, ostéoporose séquellaire d'aménorrhée sportive masculine (low testosterone), syndrome douloureux régional complexe post-fractures, tendinopathies chroniques multiples. La honte empêche tout recours : "Un homme, un vrai, ne se fait pas violer." La révélation médiatique récente d'abus systémiques dans la gymnastique française réactive tout : rage de n'avoir pas été cru/protégé, culpabilité de n'avoir pas dénoncé (combien de victimes après lui ?), ambivalence face aux anciens coéquipiers (victimes ou complices ?). Les idéations suicidaires utilisent les compétences gymniques : plan de pendaison avec calculs de charge/résistance dignes d'un ingénieur. Le corps-outil devenu corps-prison cherche la libération finale. L'enjeu thérapeutique : reconstruire une identité au-delà du gymnaste, un corps habité au-delà de la performance, une masculinité au-delà de la force.

**CAS 15 : Sarah, 37 ans - Trauma collectif et culpabilité du survivant**

Sarah consulte 6 ans après les attentats du 13 novembre 2015, après avoir "tout essayé" sans succès durable. Graphiste freelance, elle assistait au concert des Eagles of Death Metal au Bataclan avec son groupe d'amis d'école d'art. Placée près de la scène, elle a vu les terroristes entrer et ouvrir le feu. Dans le chaos initial, réflexe de se jeter au sol, rapidement recouverte par le corps de Julien, son meilleur ami, touché mortellement. Elle est restée immobile pendant 2h30, feignant la mort sous son corps ensanglanté, sentant sa respiration s'affaiblir puis cesser. Les sensations sont gravées : poids du corps devenant plus lourd, chaleur puis froid du sang, odeur de poudre mélangée aux excréments (sphincters relâchés), goût métallique dans sa bouche (s'était mordu la langue pour ne pas crier). Les sons alternaient : rafales, cris, supplications, puis silence entrecoupé de gémissements et sonneries de téléphones. Elle a entendu les terroristes passer plusieurs fois, achevant les blessés, riant. La tentation de bouger pour aider une femme gémissante à proximité torturait, mais la survie imposait l'immobilité. Sur leurs 8 amis présents, 5 sont morts dont Julien qui l'a objectivement sauvée. Les flashbacks sont multisensoriels et envahissants : vision du regard de Julien se vidant, sensation du sang poisseant, odeur de poudre déclenchée par pétards, goût métallique revenant aléatoirement. L'hypervigilance structure sa vie : repérage systématique des sorties, position dos au mur, sursaut aux bruits secs, évitement de toute foule. Les vérifications compulsives épuisent : portes, fenêtres, dessous de lit, placards. Les lieux culturels sont totalement évités : concerts impossibles, cinémas anxiogènes, théâtres "pièges". La culpabilité du survivant est dévorante, centrée sur Julien : "Il est mort à ma place." Ruminations obsessionnelles sur scenarios alternatifs : "Si j'avais proposé autre chose ce soir-là", "Si on avait été placés ailleurs". La phonophobie spécifique à la musique forte rappelle l'instant d'avant. L'hyperacousie rend le quotidien difficile : même musique douce devient agressive. Les anniversaires sont des périodes de reviviscence intense, amplifiées par couverture médiatique. Autres attentats réactivent tout : Nice, Strasbourg, Londres... sentiment d'une menace permanente validée par réalité. Les troubles somatiques se sont installés : acouphènes permanents (séquelles sonores), syndrome vertigineux (souffle explosions), dermatite atopique sévère apparue 6 mois après, troubles digestifs fonctionnels (colopathie, reflux). Le sommeil reste perturbé malgré tout : cauchemars variants où elle ne peut sauver personne, paralysies du sommeil reproduisant l'immobilité forcée. Socialement, l'isolement s'est creusé : amis survivants rappellent le trauma, nouveaux amis "ne peuvent comprendre", famille minimise ("il faut passer à autre chose"). Le travail créatif est bloqué : "Comment faire du beau après avoir vu ça ?" Graphisme devenu mécanique, sans âme. Les relations intimes sont compliquées par l'incapacité à la légèreté, l'hypersensibilité au bruit pendant l'intimité, la culpabilité de vivre/jouir quand d'autres sont morts. Paradoxalement, elle consulte compulsivement les sites complotistes niant les attentats, cherchant une réalité alternative où "rien n'est arrivé". Les thérapies tentées (EMDR, TCC, hypnose) apportent soulagement temporaire puis rechute, comme si guérir trahissait les morts. Le procès (partie civile) a ravivé tout en apportant peu d'apaisement. La dimension collective du trauma complique : pas "son" trauma mais trauma partagé/national, récupérations politiques écœurantes, injonctions sociétales ("ne pas céder à la peur"). Comment se reconstruire quand le trauma est inscrit dans l'histoire collective, commémoré annuellement, utilisé politiquement ? L'enjeu : sortir de la survie perpétuelle sans trahir les morts, retrouver la vie sans oublier la mort frôlée.

**CAS 16 : Julien, 41 ans - Trauma, handicap acquis et masculinité brisée**

Julien est amené en fauteuil roulant par son frère pour une "évaluation psychiatrique" qu'il n'a acceptée qu'après ultimatum familial suite à une TS. Charpentier depuis ses 16 ans, fier de son métier manuel transmis par son père, il incarnait une masculinité traditionnelle : force physique, autonomie, pourvoyeur familial. Il y a 18 mois, chute de 8 mètres d'un échafaudage mal sécurisé. Fracture-luxation T10-T11, paraplégie complète. L'accident s'est déroulé au ralenti dans sa mémoire : pied glissant sur planche humide, tentative désespérée de rattrapage, vision du sol approchant, impact, puis néant. Réveil en réanimation, incompréhension ("pourquoi mes jambes ne bougent pas ?"), puis annonce brutale du neurochirurgien : "Vous ne remarcherez plus." Les flashbacks quotidiens le ramènent à la chute : sensation de vide sous les pieds, vision du sol approchant, impact dans la colonne. Déclenchés par hauteurs même minimes, mouvements descendants (ascenseurs), ou simple fermeture des yeux. Les cauchemars variants montrent des scénarios où il rattrape la poutre, où il marche à nouveau, réveil cruel face aux jambes inertes. La perte d'identité professionnelle est massive : "Un charpentier en fauteuil, c'est plus un homme." Rage contre le corps "cassé", "foutu", "bon pour la casse". Évitement du miroir en pied, ne regarde jamais ses jambes atrophiées. Les douleurs neuropathiques constantes sont vécues comme torture : brûlures, décharges électriques dans membres insensibles, membre fantôme paradoxal (sent jambes dans positions impossibles). La spasticité nocturne réveille, jambes "vivant leur vie" sans contrôle. La lutte juridique contre l'employeur (non-respect sécurité) ajoute trauma sur trauma : expertises humiliantes, remise en cause de sa parole, lenteur administrative. "Ils m'ont cassé puis m'accusent de profiter." Pension invalidité vécue comme aumône humiliante après fierté du salaire gagné. L'impact sur la masculinité traditionnelle est dévastateur. Perte force physique = perte virilité. Incapacité à porter, bricoler, protéger. Dysfonctions érectiles (neurogènes + psychogènes) non abordées par honte. Cathétérismes quotidiens vécus comme "retour en enfance". Dépendance pour transferts mine l'autonomie valorisée. Le couple a explosé : épouse partie après 6 mois ("je n'ai pas signé pour ça"), emportant enfants (8 et 10 ans). Visites espacées, malaise des enfants face au fauteuil. "Papa, tu vas remarcher un jour ?" déchire. Isolement social majeur : amis charpentiers "ne savent plus quoi dire", évitement réciproquant. Refus activités adaptées ("je suis pas un handicapé"). Alcoolisation massive : seul moyen d'oublier, d'anesthésier douleurs et désespoir. Complications : escarres par négligence, infections urinaires répétées, refus soins par déni. Les idéations suicidaires sont élaborées : accumulation médicaments, repérage pont accessible, calculs sur léthalité. "Mieux vaut mort que légume." Freins : traumatiser enfants, lâcheté paradoxale ("même foutu de me tuer proprement"). Les épisodes dissociatifs inquiètent : moments où il "sent" ses jambes bouger, tente de se lever, chute. Conviction transitoire que "c'est un cauchemar, je vais me réveiller." Colère explosive contre soignants suggérant acceptation : "Vous savez pas ce que c'est !" Refus catégorique rééducation fonctionnelle : "Apprendre à vivre diminué ? Jamais." Préfère végéter dans déni qu'affronter réalité. L'adaptation technologique (domotique, véhicule adapté) est refusée : "gadgets pour infirmes". Le frère s'épuise : "Il était mon modèle, maintenant c'est une épave haineuse." L'enjeu : deuil impossible du corps valide, reconstruction identité masculine au-delà de la force physique, sens à existence "diminuée". Comment accepter l'inacceptable quand toute l'identité reposait sur capacités perdues ?

**CAS 17 : Nadia, 26 ans - Deuil périnatal et trauma de l'absence**

Nadia est adressée par la maternité 8 mois après la mort in utero de son fils à 36 semaines de grossesse. Professeure des écoles en maternelle, mariée depuis 4 ans, grossesse désirée et parfaitement suivie. Chambre préparée, prénom choisi (Léo), projet parental construit. À 36 semaines, consultation de routine : "Je n'entends plus le cœur." Échographie de confirmation dans silence glaçant, image du bébé parfaitement formé mais immobile. Annonce prudente : "Il n'y a plus d'activité cardiaque." Incompréhension totale : "Mais il bougeait hier !" Déclenchement programmé 48h plus tard, temps suspendu d'errance avec "cercueil dans le ventre". Accouchement sous péridurale de 14h, poussant pour expulser la mort. Silence assourdissant à la naissance, pas de cri attendu. Sage-femme propose de voir/tenir Léo : moment de sidération devant beauté parfaite et immobilité définitive. 3,2 kg, cheveux noirs, "comme endormi". Photos prises, empreintes, 2h de peau à peau avec corps froid. Funérailles bébé, cercueil minuscule insoutenable. Les images intrusives alternent : visage parfait de Léo, écran échographique sans battement, cercueil blanc descendant. Déclencheurs multiples : pleurs bébés (cherche automatiquement), publicités couches, rayons puériculture. Hallucinations auditives fréquentes : pleurs fantômes la nuit, réveils en sursaut "il m'appelle". Les seins ont continué à produire du lait 2 mois, montées douloureuses rappelant absence à nourrir. Douleur physique des "bras vides" : sensation fantôme de porter bébé, geste de bercement involontaire. Chambre intacte devenue sanctuaire : "Toucher serait l'effacer." Y passe heures à pleurer, parler à Léo, bercer peluches. Mari a rangé par protection, crise majeure : "Tu veux l'oublier !" Évitement massif : démission maternelle (insupportable voir enfants vivants), fuite amies enceintes/jeunes mères, changement trajet pour éviter parcs. Isolement social : "Personne ne comprend, c'est pas un vrai deuil pour eux." Phrases blessantes : "Vous êtes jeunes, vous en aurez d'autres", "Au moins vous ne vous étiez pas attachés", "C'est mieux comme ça s'il était malade." Recherche compulsive causes : lecture obsessionnelle articles médicaux, conviction culpabilité (stress au travail ? café bu ?). Autopsie n'a rien révélé : "mort fœtale inexpliquée" insupportable. "Comment accepter sans comprendre ?" Le corps est vécu comme traître : "Fait pour donner vie, a donné mort." Aménorrhée secondaire psychogène depuis, "utérus en grève". Terreur nouvelle grossesse mais désir désespéré "retrouver Léo". Mari veut "avancer", elle veut "rester avec". Décalage temporel : lui dans futur, elle figée jour J. Intimité impossible : "Comment créer vie dans tombeau ?" Culpabilité du plaisir : "Rire trahit sa mémoire." Dates anniversaires torturantes : terme prévu, date mort, dates symboliques (première rentrée...). Lactation psychogène persiste sporadiquement, entretenant lien corporel. Rituels quotidiens : bonjour/bonsoir à photo, journal intime à Léo, visite hebdomadaire cimetière. Refus groupe parole : "Trop dur entendre autres drames." Projet "bébé arc-en-ciel" terrorise : "Remplacer ? Jamais. Trahir ? Insupportable. Risquer reperdre ? Impensable." L'enjeu : faire exister socialement un bébé "né sans vie", maintenir lien sans s'y perdre, envisager avenir sans trahir passé. Comment être mère d'un enfant mort dans société qui nie ce statut ? La thérapie devra naviguer entre validation de maternité réelle et nécessité de réinvestir vie.

**CAS 18 : Kevin, 15 ans - Cyberharcèlement et trauma digital permanent**

Kevin est hospitalisé en pédopsychiatrie après TS par pendaison livestreamée, interrompue in extremis par sa mère alertée par un viewer. L'histoire commence il y a 18 mois : élève de 3ème discret, bon niveau, passion pour gaming et programmation. Un différend avec Tom, leader de classe, sur Discord dégénère. Tom lance campagne cyberharcèlement sophistiquée. Création faux profils pornographiques avec photos détournées Kevin, diffusion massive établissement. Mèmes humiliants viraux : "Kevin la pucelle", "Kevin le nolife", montages pornographiques. Groupe WhatsApp "Anti-Kevin" (187 membres) coordonnant attaques. Piratage comptes sociaux Kevin, posts humiliants en son nom. Diffusion adresse, téléphone : pizzas commandées, faux signalements police. Deepfake vidéo Kevin masturbant circulant, vue 50K fois avant suppression. L'escalade digitale contamine le réel : exclusion totale au collège, graffitis casier, bousculades filmées/postées. Même élèves neutres participent par peur devenir cibles. Administration minimise : "Conflits adolescents typiques." Parents dépassés : "C'est virtuel, ignore-les." Plainte police classée : "Preuves insuffisantes, auteurs mineurs." Kevin développe phobie scolaire totale, vomissements matinaux, crises angoisse parkings. Déscolarisation après malaise (hyperventilation filmé/moqué). Repli chambre 20h/24. Les flashbacks sont particuliers : notifications fantômes, vision mèmes en fermant yeux, "entend" rires même seul. Hypervigilance digitale : vérifications compulsives bad buzz, Google son nom obsessionnellement, surveillance mentions réseaux. Insomnies alimentées par navigation nocturne, trace ses harceleurs, lit commentaires haineux compulsivement. Avatar online "XxDarkKevinxX" développe vie parallèle : ami virtuels seuls contacts, personnalité différente (agressif, provoquant). Dissociation IRL/online : "Vrai moi est mort, reste que l'avatar." Automutilations streamées sur serveurs obscurs pour "likes" communauté souffrance. "Au moins là, la douleur a sens." Dysmorphophobie aggravée par moqueries : conviction d'être "difforme" malgré normalité. Selfies obsessionnels cherchant "défaut justifiant haine". Obésité développée (+30kg) : protection ("gros = invisible") et autopunition. Addiction jeux 16h/jour, seul espace contrôle/réussite. MMO remplace vie sociale, guilde devient famille. Parents inquiets des cris nocturnes (raids), dépenses (cartes crédits volées pour skins). Hygiene négligée extrême : douche hebdomadaire, même vêtements, chambre insalubre. "Corps IRL pas important." Chambre bunkerisée : stores fermés permanent, 6 écrans allumés, néons RGB, posters waifus. Nutrition catastrophique : sodas/chips/nouilles, carences multiples. Troubles sommeil inversés : dort 6h-14h période scolaire. Le caractère permanent trauma digital désespère : "Internet n'oublie jamais." Vidéos/mèmes ressurgissent aléatoirement. Nouveau lycée impossible : réputation suit, recherche Google révèle tout. Changement nom envisagé : "Kevin est cramé." TS livestreamée représentait "dernier contrôle narrative" : mourir en direct, laisser trace, accuser bourreaux. Chat encourageait : "Do it pussy", sauf un qui appelle secours. Ambivalence vie/mort : soulagement d'être sauvé mais rage contre mère "gâché seul truc contrôlé".

**CAS 19 : Patricia, 59 ans - Trauma du vieillissement et vulnérabilité révélée**

Patricia est accompagnée aux urgences psychiatriques par sa fille inquiète de son "déclin brutal" depuis l'agression subie il y a 4 mois. Veuve depuis 3 ans, professeure de français retraitée, elle vivait seule dans sa maison pavillonnaire, maintenant une vie sociale et culturelle riche. L'agression s'est produite un mardi matin ordinaire : deux hommes sonnent, se présentant comme plombiers pour "fuite gaz urgente signalée". Confiante, elle ouvre. Violence immédiate : plaquée au sol, bâillonnée, ligotée. Durant 4 heures, fouille méthodique, violence gratuite malgré coopération. Gifles "pour le principe", attouchements humiliants "t'aimerais ça, la vieille ?", crachats, destruction photos famille. Menaces sur petits-enfants si dénonce : "On sait où ils vont à l'école." Découverte 6h plus tard par facteur alerté par porte ouverte. Les flashbacks la ramènent à l'impuissance totale : poids des corps la maintenant, odeur de sueur et cigarette, ricanements, sensation liens entravant poignets. Déclencheurs : sonnette (sursaut violent), voix masculines inconnues, bruits pas étage. L'hypervigilance a transformé la maison-refuge en forteresse-prison : 3 verrous ajoutés, barre sécurité, alarme, caméras. Vérifications nocturnes multiples : portes, fenêtres, placards, sous lit. Barricadage nocturne chambre : commode contre porte, chaise sous poignée. Refuse désormais toute visite impromptue : livreurs laissent colis dehors, relevés compteurs impossibles, amis doivent s'annoncer 24h avant. Même enfants subissent protocole sécurité : appel depuis parking, mot passe, inspection visuelle par judas. L'isolement s'aggrave : courses évitées (vulnérable avec sacs), pharmacie anxiogène (attente exposée), coiffeur impossible (immobilité/vulnérabilité). Fille fait courses, Patricia vérifie dates péremption obsessionnellement (peur empoisonnement). Dénutrition s'installe : repas sautés par anorexie anxieuse, poids perdu (12kg). Chutes nocturnes par surmédication anxiolytique auto-administrée. Hématomes multiples par navigation obscurité (peur allumer, se signaler). Les troubles cognitifs apparents inquiètent : oublis (verrouillage fait ?), confusion anxieuse (quel jour ? quelle heure ?), désorientation si stress. Fille craint démence, mais évaluation montre anxiété sévère mimant troubles cognitifs. Le sentiment de vieillesse s'est brutalement imposé : "Avant j'étais Patricia, maintenant je suis une vieille." Mirror renvoie image terrifiante : rides "cibles", cheveux blancs "signalent proie", posture voûtée "annonce faiblesse". Tente teinture ratée, maquillage excessif "paraître moins vulnérable". La régression inquiète famille : appels répétés enfants (10-15/jour), demandes venir dormir, pleurs si refus. "Maman, tu redeviens enfant" bouleverse. Installation chez fille tentée, échec : "Perdre maison = perdre tout." Retour solitaire malgré terreur. Les symptômes somatiques s'accumulent : HTA anxieuse nécessitant traitement, zona post-traumatique douloureux, syndrome vertigineux (hyperventilation chronique), amaigrissement. Fracture poignet récente par chute fuite imaginaire cambrioleurs. L'imaginaire morbide envahit : conviction qu'"ils" reviendront finir travail, qu'elle est "marquée" comme cible. Recherches Google obsessionnelles sur criminalité seniors, statistiques alimentant terreur. Installation application scanner police, écoute anxiogène permanente confirmant "danger partout". Le vieillissement anticipé s'accélère : démission associations ("trop risqué sortir"), abandon lecture ("concentration impossible"), négligence apparence ("à quoi bon"). Projet déménagement résidence sécurisée = "mouroir doré". L'identité professorale cultivée s'effrite : "Comment transmettre Proust quand on tremble devant livreur ?" Les petits-enfants s'éloignent : "Mamie fait peur", refuses câlins (odeur médicaments), questions inquiètes ("pourquoi tu trembles ?"). Le traumatisme révèle/précipite vulnérabilité âge : force déclinante, isolement veuvage, dépendance croissante. "Ils m'ont montré ma vérité : une vieille femme faible seule." Comment reconstruire sécurité sans s'emmurer ? Retrouver dignité sans nier vulnérabilité ? Vieillir sereinement après avoir touché l'impuissance anticipée ? L'enjeu thérapeutique : traiter trauma sans psychiatriser vieillesse, sécuriser sans isoler, autonomiser sans nier besoins.

**CAS 20 : Famille Leroy - Trauma collectif intrafamilial et dynamiques destructrices**

La famille Leroy est orientée en thérapie familiale 6 mois après l'incendie qui a détruit leur maison et tué Maxime, 10 ans. Composition : François (père, 45 ans, pompier), Sylvie (mère, 43 ans, infirmière), Lucas (16 ans), Emma (12 ans), Jules (8 ans), et Maxime (décédé). L'incendie s'est déclaré la nuit du réveillon, origine électrique (guirlandes). François, pompier professionnel, réveillé par détecteurs, a immédiatement évalué la situation. Décision déchirante en secondes : emmener les 3 enfants accessibles ou tenter sauver Maxime coincé étage embrasé. Choix pragmatique professionnel : sauver maximum. Évacue Sylvie et 3 enfants. Retour pour Maxime impossible : embrasement total, effondrement structure. Retrouvé décédé intoxication fumées. Sylvie a tenté retourner malgré flammes, brûlures 3ème degré bras/visage en résultant. Vision dernière Maxime fenêtre, appelant, hantera à vie. Chaque membre développe symptomatologie spécifique dans isolement. François présente culpabilité écrasante du professionnel ayant échoué. "Pompier sauve tout le monde, sauf son fils." Hyperanalyse obsessionnelle : calculs trajectoires fumées, timing, scénarios alternatifs. Alcoolisation massive solitaire, cache bouteilles. Insomnies torturé par choix. Évitement regard famille : "Ils voient le père qui a abandonné Maxime." Continue travail, mais figé sur incendies impliquant enfants. Collègues inquiets : prises risques inconsidérées "pour racheter". Dissociation en intervention : "voit" Maxime dans chaque enfant secouru. Crises de rage contre lui-même, frappe murs jusqu'au sang. Sylvie développe syndrome dépressif majeur avec caractéristiques psychotiques. Hallucinations visuelles : Maxime apparaît brûlé, reproche abandon. Cicatrices vécues comme "marque de lâcheté" : "J'ai pas assez essayé." Reproche muet à François palpable. Soins infirmiers impossibles : "Comment soigner alors que pas pu sauver mon fils ?" Arrêt maladie prolongé. Négligence hygiène, alimentation. Contemplation suicidaire photo Maxime heures durant. Automédication antalgiques pour "douleur dedans". Évitement miroirs : défiguration rappelle échec. Tentative maquillage compulsif cicatrices pour sorties obligatoires. Lucas, l'aîné, endosse rôle parent substitut dysfonctionnel. Hyperresponsabilité : gère fratrie, courses, ménage. Culpabilité survivant intense : "Pourquoi lui et pas moi ?" Révélation : jaloux de Maxime (préféré ?) souhaité parfois disparition. Conviction magique d'avoir "causé" incendie par pensées. Excellence scolaire compulsive : "Compenser fils perdu." Insomnies, révise jusqu'épuisement. Évitement amis : "Pas le droit m'amuser." Parentification pathologique : console mère, surveille père, élève fratrie. Colère refoulée contre parents défaillants. Scarifications cachées : "Punition de vivre." Emma présente mutisme sélectif depuis drame. Dessins obsessionnels : maisons en feu, silhouettes noires, Maxime ange/démon. Régression massive : énurésie, demande biberon, parle bébé quand parle. Terreurs nocturnes : se réveille hurlant "Au feu !" Phobie du feu généralisée : panique bougies anniversaire, refuse cuisinière gaz, crise si cheminée voisins. Culpabilité fraternelle : dernière dispute avec Maxime pour jouet. Création ami imaginaire "Max" inquiétante : dialogue constant, place à table. Troubles alimentaires : mange seulement aliments Maxime aimait. Jules, benjamin, développe troubles oppositionnels. Seul à exprimer colère ouvertement : "Papa a tué Maxime !" "Maman l'a laissé mourir !" Pyromaniac inversé : éteint compulsivement toute source chaleur. Comportements dangereux : teste résistance feu, brûlures volontaires "pour rejoindre". Cauchemars où sauve Maxime, réveil déception violente. Agressivité école : frappe enfants parlant incendies. Identification morbide : porte vêtements Maxime, imite voix, "Je suis nouveau Maxime". La maison détruite reste épicentre. Terrain vide devient lieu pèlerinage secret individuel. Chacun y va seul, jamais ensemble. Voisins rapportent voir membres famille différents heures, parlant au vide. Projets reconstruction génèrent conflits : François veut "tout effacer", Sylvie "mausolée", enfants "retrouver avant". Photos sauvées deviennent reliques disputées. Vidéo Noël dernier avec Maxime regardée compulsivement/jamais. Communication familiale inexistante : chacun protège autres de SA douleur. Repas silencieux, place Maxime maintenue. Évitement nom : "lui", "ton frère", jamais "Maxime". Anniversaires ignorés : le sien tabou, autres "pas fête sans lui". Dynamiques destructrices : François/Sylvie s'évitent, reproche muet. Lucas remplace couple parental dysfonctionnel. Emma disparaît dans mutisme. Jules explose rage familiale. Chacun porte culpabilité spécifique ET poids culpabilité autres. Système familial implose : trauma partagé mais vécu isolément. L'enjeu thérapeutique monumental : créer espace parole commune, redistribuer culpabilités, pleurer ensemble Maxime, reconstruire famille amputée, donner sens à survivance collective. Comment famille survit à mort d'enfant quand chacun se croit responsable ?