

Bessel van der Kolk

LE CORPS N'OUBLIE RIEN

Le cerveau, l'esprit et le corps
dans la guérison du traumatisme




ALBIN MICHEL

LE CORPS N'OUBLIE RIEN

Bessel van der Kolk

LE CORPS N'OUBLIE RIEN

LE CERVEAU, L'ESPRIT ET LE CORPS
DANS LA GUÉRISON
DU TRAUMATISME

*Traduit de l'anglais
par Aline Weil*

Albin Michel

© Éditions Albin Michel, 2018
pour la traduction française

Édition originale américaine parue sous le titre :

THE BODY KEEPS THE SCORE

© Bessel van der Kolk, 2014

Tous droits réservés y compris les droits de reproduction en totalité
ou en partie sous quelque forme que ce soit.

Publié avec l'accord de Viking, an imprint of Penguin Publishing Group,
a division of Penguin Random House LLC.

*À mes patients dont le corps n'a rien oublié
et qui m'ont tout appris.*

SOMMAIRE

PROLOGUE. L'EXPOSITION AU TRAUMATISME	11
I. LA REDÉCOUVERTE DU TRAUMATISME	17
II. LE CERVEAU TRAUMATISÉ	75
III. L'ESPRIT DES ENFANTS	149
IV. LA TRACE DU TRAUMATISME	235
V. LES VOIES DE LA GUÉRISON	275
ÉPILOGUE. FAIRE DES CHOIX	467
ANNEXE	481
NOTES	487
INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES	549
INDEX	561

PROLOGUE

L'EXPOSITION AU TRAUMATISME

Il n'est guère besoin d'être soldat, ni de visiter un camp de réfugiés au Congo ou en Syrie, pour être confronté au traumatisme. Tout un chacun est concerné, ses amis, sa famille, ses voisins. Une recherche menée par les centres de contrôle et de prévention des maladies (CCPM) a montré qu'un Américain sur cinq avait été sexuellement agressé dans son enfance, un sur quatre battu par un parent au point d'en garder la cicatrice, et un tiers des couples se livre à la violence physique. Aux États-Unis, un quart des adultes a grandi avec des proches alcooliques, et un sur huit a vu sa mère battue¹.

L'espèce humaine est extrêmement résiliente. Depuis des temps immémoriaux, les hommes ont mené des guerres sans merci, surmonté d'innombrables catastrophes, des violences et des trahisons intimes. Mais, que ce soit à grande échelle (sur l'histoire et sur la culture) ou dans les familles où de sombres secrets se transmettent à travers les générations, les expériences traumatiques laissent bel et bien des traces. Elles marquent aussi les émotions et les esprits, l'aptitude à l'amour et à la joie, et même l'organisme et le système immunitaire.

Le traumatisme affecte ceux qui en souffrent directement, mais aussi leurs proches. Les crises de rage et l'absence émotionnelle des soldats revenus des combats peuvent effrayer leur famille. Les épouses des traumatisés sont souvent déprimées, et les enfants

de mères dépressives risquent de manquer de confiance en eux et d'être anxieux. L'exposition très jeune à la violence familiale vient souvent entraver ultérieurement l'établissement de relations stables et de confiance.

Le traumatisme est par définition insupportable. La plupart des combattants, des victimes de viol et des enfants qui ont été agressés sexuellement sont si bouleversés quand ils pensent à ce qu'ils ont subi qu'ils tentent de chasser cette expérience de leur esprit, de faire comme si de rien n'était et de passer à autre chose. Il faut énormément d'énergie pour continuer à vivre en gardant le souvenir de la terreur, avec la honte d'avoir été si faible et vulnérable.

L'Homme a beau vouloir dépasser le traumatisme, la zone cérébrale chargée d'assurer sa survie, profondément enfouie sous l'aire rationnelle du cerveau, n'est pas très douée pour le déni. Longtemps après la fin d'une expérience traumatisante, le moindre signe de danger peut la réactiver, mobiliser des circuits cérébraux perturbés et provoquer une sécrétion importante d'hormones de stress. Cela engendre des émotions pénibles, d'où des sensations très vives et des impulsions agressives. Ces réactions post-traumatiques semblent incompréhensibles et irrépressibles. Incapables de se contrôler, les rescapés d'un traumatisme craignent souvent d'être profondément atteints et incurables.

Je me suis senti attiré par la médecine pour la première fois à quatorze ans pendant un camp d'été. Mon cousin Michael m'avait tenu éveillé toute la nuit en m'expliquant les subtilités du fonctionnement des reins, comment ils sécrètent les déchets corporels, puis réabsorbent les substances chimiques qui maintiennent l'équilibre de l'organisme. Sa description des rouages miraculeux du corps humain m'avait fasciné. Plus tard, à chaque étape de ma formation médicale, que ce soit en chirurgie, en cardiologie ou en pédiatrie, il m'est apparu évident que la guérison passait par la compréhension du fonctionnement de l'organisme. Mais au début de mon stage en psychiatrie, j'ai été frappé par le contraste entre la complexité incroyable de notre esprit, de nos modes de communication

et d'attachement, et le peu de connaissance des psychiatres quant à la cause des problèmes qu'ils avaient à traiter. Et une question m'a taraudé : en saurons-nous un jour autant sur le cerveau, sur l'esprit et l'amour que sur les autres mécanismes du corps humain ?

Nous en sommes, à l'évidence, bien loin ; mais la naissance de trois nouvelles branches de la science a fait exploser le savoir sur les effets du traumatisme psychologique, des mauvais traitements et de l'abandon. Ces disciplines récentes sont les neurosciences qui étudient la manière dont le cerveau traite les processus mentaux ; la psychopathologie du développement qui étudie l'impact des mauvaises expériences sur le développement de l'esprit et du cerveau ; et la neurobiologie interpersonnelle qui étudie l'influence du comportement sur les émotions, la biologie et les attitudes de l'entourage.

Les recherches dans ces jeunes disciplines ont révélé que le traumatisme crée de réels changements physiologiques, parmi lesquels un recalibrage du système d'alarme du cerveau, une augmentation de la sécrétion d'hormones du stress, et des variations dans la structure qui filtre les informations, retenant celles qui sont pertinentes. Nous savons aujourd'hui que le traumatisme affecte l'aire cérébrale qui donne la sensation physique d'être en vie. Ces dégradations expliquent pourquoi les traumatisés deviennent hypervigilants à la menace, au lieu de s'impliquer totalement dans leur vie quotidienne. Elles nous aident aussi à comprendre pourquoi ils se heurtent sans cesse aux mêmes problèmes et ont tant de mal à tirer des leçons de l'expérience. Il est maintenant établi que leurs comportements ne sont pas le fruit de défaillances morales, ni des signes de manque de volonté ou de mauvais caractère, mais sont causés par de vraies altérations cérébrales.

Un tel accroissement des connaissances sur les processus en arrière-plan du traumatisme a aussi permis de trouver de nouveaux moyens d'apaiser le mal, ou même de le soulager complètement. Grâce à la découverte de la plasticité naturelle du cerveau, nous pouvons mettre au point des méthodes qui aident les patients à se sentir pleinement vivants dans le présent et à avancer. En gros, trois

types de traitements s'offrent à eux : la thérapie « de haut en bas », qui consiste à parler, à s'ouvrir (à nouveau) aux autres, et à s'auto-riser à comprendre ce qui se passe en soi, tout en travaillant sur les souvenirs du traumatisme ; la prise de médicaments qui bloquent les réactions d'alerte inadéquates, ou modifient par d'autres moyens la façon dont le cerveau organise l'information ; et l'approche « de bas en haut », qui revient à permettre au corps d'avoir des expériences qui contrarient viscéralement l'impuissance, la rage ou l'effondrement liés au traumatisme. Quelle est la méthode qui convient le mieux à un patient est une question empirique. La plupart de ceux que j'ai suivis en associent plusieurs.

Cela a été l'œuvre de ma vie. J'ai été épaulé dans cette tâche par mes étudiants et mes collègues du Trauma Center, que j'ai fondé il y a trente ans. Ensemble, nous avons soigné des milliers de traumatisés, enfants et adultes : des victimes de maltraitance infantile, de catastrophes naturelles, de guerres, d'accidents et de trafic humain, et d'agressions commises par des inconnus ou des proches. Nous discutons de manière approfondie de tous nos patients lors de réunions hebdomadaires où nous suivons de près la manière dont ils réagissent aux différents traitements.

Nous avons toujours eu pour mission première de soigner les enfants et les adultes qui viennent nous demander une aide thérapeutique ; mais nous avons aussi dès le départ entamé des recherches quant aux effets du stress traumatique sur différentes populations afin de définir les traitements adaptés à chacune. Nous avons été aidés dans ce travail par des subventions – de l'Institut américain de santé mentale, du Centre américain de médecine parallèle et alternative, des centres de contrôle des maladies et de bon nombre de fondations privées, ce qui nous a permis d'étudier l'efficacité de multiples traitements, qui vont des médicaments au neurofeedback en passant par la psychothérapie, le yoga, l'EMDR et le théâtre.

Le défi est le suivant : peut-on apprendre à surmonter les séquelles d'un traumatisme pour reprendre la barre de son navire intime, et comment ? La compréhension, la parole et les rapports humains

peuvent aider, et les médicaments arrivent à freiner l'hyperactivité des systèmes d'alarme. Mais nous verrons aussi que l'on peut transformer les empreintes du passé via des expériences physiques qui contrecarrent directement la rage, l'impuissance et l'effondrement causés par le traumatisme, ce qui permet de retrouver la maîtrise de soi. Je n'ai pas de préférence quant au mode de traitement, car aucune approche n'est bonne pour tout le monde et je pratique l'ensemble des thérapies abordées dans ce livre. Chacune est susceptible d'amener des changements profonds, selon la nature du problème et le caractère du patient.

J'ai écrit ce livre à la fois comme un guide et comme une invitation à affronter la réalité du traumatisme, à explorer les meilleures façons de le traiter. Mais aussi pour qu'au plan de la société, on s'engage à mettre en œuvre tous les moyens possibles pour le prévenir.

|

LA REDÉCOUVERTE DU TRAUMATISME

CE QUE NOUS ONT APPRIS LES VÉTÉRANS DU VIETNAM

« Je suis devenu ce que je suis aujourd'hui à l'âge de douze ans, par un jour glacial et nuageux de 1975 [...]. La scène date d'il y a longtemps, mais [...] c'est une erreur d'affirmer que l'on peut enterrer le passé [...]. Quand je regarde en arrière, je me rends compte que je n'ai cessé de fixer cette ruelle déserte depuis vingt-six ans. »

Khaled Hosseini, *Les Cerfs-Volants de Kaboul*

« Certains ont une vie qui semble couler comme un récit ; la mienne avance par à-coups. Tel est l'effet du traumatisme. Il interrompt l'intrigue... Il vous tombe dessus, puis la vie continue. Rien ne vous y prépare. »

Jessica Stern, *Denial : A Memoir of Terror*

Le lendemain du 4 juillet* 1978, j'ai pris mes fonctions de psychiatre à la clinique des vétérans de Boston**. J'étais en train d'accrocher une copie de mon Breughel préféré, *La Parabole des aveugles*, dans mon nouveau bureau, quand j'ai entendu un brouhaha à l'accueil

* Fête de l'Indépendance américaine. (N.D.T.)

** Après la guerre du Vietnam, face au grand nombre de vétérans le gouvernement Reagan a été amené à créer un ministère des Anciens Combattants, qui coiffe des centaines de centres médicaux. (N.D.T.)

au bout du couloir. Un instant plus tard, un malabar échevelé a fait irruption dans la pièce, un numéro de *Soldier of Fortune** sous le bras. Il était complètement ivre et si agité que je me suis demandé comment j'allais pouvoir l'aider. Je l'ai invité à s'asseoir pour me dire ce qu'il attendait de moi.

C'était un avocat prénommé Tom. Dix ans auparavant, il avait fait son service militaire au Vietnam, dans le corps des marines. Quand je l'ai rencontré, il avait fui sa famille pour passer le week-end de la fête nationale terré dans son cabinet, au centre de Boston, à se soûler en regardant de vieilles photos. L'expérience lui avait appris que les pétards, les feux d'artifice, la chaleur et le pique-nique dans le jardin de sa sœur avec, en toile de fond, l'épais feuillage de l'été – toutes choses qui lui rappelaient le Vietnam – le rendaient fou. Quand il était à cran, il avait peur de rester en famille parce qu'il se conduisait comme un monstre avec sa femme et ses deux fils. Le bruit de ses enfants l'exaspérait tellement qu'il sortait de la maison en courant pour éviter de les frapper. Il n'arrivait à se calmer un peu qu'en se noyant dans l'alcool ou en roulant à tombeau ouvert sur sa Harley-Davidson.

La nuit ne lui apportait aucun soulagement. Il était réveillé par des cauchemars à répétition, où il se retrouvait dans une rizière, pris dans une embuscade lors de laquelle tous les membres de sa section avaient été tués ou blessés. Il avait aussi des flash-back terrifiants, où il voyait des cadavres d'enfants vietnamiens. Ses cauchemars étaient si horribles qu'il craignait de s'endormir et, souvent, il veillait en buvant presque toute la nuit. Le matin, sa femme le trouvait assommé sur le canapé du salon, et elle se déplaçait sur la pointe des pieds pour préparer le petit déjeuner avant d'emmener leurs fils à l'école.

En m'éclairant sur son passé, Tom m'a raconté qu'il était sorti du lycée en 1965, major de sa promotion. Conformément à la coutume

* Mensuel publiant des reportages de guerre, destiné notamment à des mercenaires. (N.D.T.)

familiale, il s'était aussitôt engagé dans le corps des marines. Son père avait servi sous les ordres de Patton pendant la Seconde Guerre mondiale, et Tom n'avait jamais contesté son désir de le voir perpétuer la tradition. Intelligent, athlétique et doué d'une âme de chef, il se sentait fort et capable de mener des hommes au combat à la fin de ses classes, membre d'une brigade prête à tout. Arrivé au Vietnam, il était rapidement devenu chef de section, responsable de huit autres marines. Survivre en se frayant un passage dans la boue sous le feu des mitrailleuses peut rendre les hommes très fiers d'eux et de leurs camarades.

Au terme de son service, Tom avait quitté l'armée avec les honneurs, ne demandant qu'à oublier le Vietnam – et, en apparence, il avait réussi. Entré à l'université grâce au G.I. Bill*, il avait étudié le droit, puis épousé son amoureuse du lycée, qui lui avait donné deux fils. Il s'inquiétait de sa difficulté à éprouver une réelle affection pour elle, même si ses lettres lui avaient permis de tenir dans la folie de la jungle. Il feignait d'avoir une vie normale dans l'espoir qu'en la simulant, il retrouverait son ancien moi. Il avait maintenant un cabinet d'avocats prospère et une famille parfaite, mais il se rendait compte que cela n'allait pas : il se sentait mort intérieurement.

Bien que Tom ait été le premier vétéran que j'ai connu dans ma carrière, de nombreux aspects de son histoire m'étaient familiers. J'ai grandi en Hollande après la guerre, où je jouais dans les ruines de maisons bombardées, et mon père avait affiché si ouvertement son opposition aux nazis qu'il avait été expédié en camp d'internement. Il ne parlait jamais de son expérience de la guerre, mais il était sujet à des crises de rage qui me sidéraient lorsque j'étais petit. Comment l'homme que j'entendais descendre posément l'escalier chaque matin pour prier et lire la Bible pouvait-il avoir un caractère aussi terrifiant ? Comment quelqu'un qui consacrait sa vie à la justice sociale pouvait-il être habité d'une telle colère ? J'observais la même attitude déroutante chez mon oncle qui avait été capturé par

* Loi américaine finançant les études des soldats démobilisés. (N.D.T.)

les Japonais dans les Indes néerlandaises (aujourd'hui l'Indonésie), et envoyé comme esclave en Birmanie, pour travailler à la construction du pont de la rivière Kwaï. Lui aussi parlait rarement de la guerre. Lui aussi était pris de crises de rage irréprouvables.

En écoutant le récit de Tom, je me suis demandé si mon oncle et mon père avaient eu des cauchemars et des flash-back, s'ils s'étaient sentis, comme lui, coupés de leurs proches et incapables de trouver un réel plaisir dans la vie. Quelque part, au fond de mon esprit, je devais aussi avoir des souvenirs de ma mère effrayée – et souvent effrayante : elle-même, dans son enfance, avait subi un traumatisme, qui était parfois discrètement évoqué et, je le crois maintenant, fréquemment ravivé. Elle s'évanouissait de manière troublante quand je lui demandais de me parler de sa jeunesse, puis elle me reprochait de l'avoir autant bouleversée.

Rassuré par l'intérêt que je lui manifestais, Tom s'est calmé pour me dire combien il était désespéré. Il craignait de devenir comme son père, qui était toujours en colère et parlait rarement à ses enfants – sauf pour leur dire qu'ils n'arrivaient pas à la cheville de ses camarades qui avaient péri en 1944, dans la bataille des Ardennes.

Vers la fin de la séance, j'ai agi comme la plupart des thérapeutes : je me suis concentré sur la partie de son histoire que je croyais comprendre, ses rêves atroces. Pendant mes études de médecine, en travaillant dans un laboratoire du sommeil, j'avais observé les cycles sommeil-rêve et rédigé quelques articles sur les cauchemars. J'avais aussi participé aux premières recherches sur les effets bénéfiques des psychotropes qui commençaient tout juste à être utilisés dans les années 1970. Ainsi, même si je ne mesurais pas vraiment l'étendue des problèmes de Tom, j'avais une certaine connaissance des cauchemars ; et, ardemment convaincu que la chimie pouvait améliorer la vie, je lui ai prescrit un médicament considéré comme efficace pour les atténuer et réduire leur fréquence. Je lui ai fixé rendez-vous pour une visite de contrôle deux semaines plus tard.

Le jour dit, je me suis empressé de m'enquérir de l'effet du produit. Il m'a répondu qu'il n'y avait pas touché. En tâchant de cacher

mon irritation, je lui ai demandé pourquoi. « Je me suis rendu compte, m'a-t-il dit, que, si je le prenais et que mes cauchemars disparaissaient, j'allais abandonner mes copains et ils seraient morts en vain. J'ai besoin d'être une mémoire vivante pour mes amis qui sont tombés au Vietnam. »

J'étais abasourdi : la loyauté de Tom envers les morts l'empêchait de vivre sa vie, exactement comme son père avant lui. Ce qu'ils avaient traversé sur le champ de bataille avait rendu le reste de leur existence négligeable. Que s'était-il produit et que pouvait-on y faire ? J'ai senti ce matin-là que j'allais peut-être consacrer le reste de ma carrière à tenter d'éclaircir les mystères du traumatisme. Comment les expériences terrifiantes peuvent-elles amener des hommes à rester entièrement bloqués dans le passé ? Que se passe-t-il dans leur cerveau pour qu'ils restent enfermés dans un espace dont ils veulent désespérément s'échapper ? Pourquoi la guerre de Tom n'avait-elle pas pris fin en 1969, quand ses parents l'avaient embrassé à l'aéroport de Boston à son retour du Vietnam ?

Son besoin de perpétuer toute sa vie le souvenir de ses camarades m'a appris qu'il souffrait d'un mal bien plus complexe que des cauchemars chroniques, une altération des circuits cérébraux de la peur ou un déséquilibre de la chimie du cerveau. Avant l'embuscade dans la rizière, Tom était un ami fidèle, un joyeux drille qui avait de nombreux centres d'intérêt. En l'espace d'un instant de terreur, le traumatisme avait tout changé.

En travaillant à la clinique des anciens combattants, j'ai connu beaucoup d'hommes qui réagissaient de la même manière. Ils explo-saient de rage à la moindre frustration. La cloison de l'entrée de la clinique était grêlée d'impacts de leurs coups de poing, et le service de sécurité devait constamment protéger les réceptionnistes. Leur comportement nous faisait peur, bien sûr, mais j'étais aussi intrigué.

À la maison, ma femme et moi avons les mêmes problèmes avec nos tout-petits, qui piquaient régulièrement des crises quand on leur disait de manger leurs épinards ou de mettre des chaussettes. Alors, pourquoi étais-je parfaitement serein face à la conduite immature

de mes enfants, mais profondément troublé par celle des anciens combattants (sans parler de leur carrure, qui les rendait beaucoup plus dangereux que mes bambins)? Parce que j'étais certain que mes enfants, s'ils étaient bien entourés, apprendraient à accepter les frustrations, mais que je doutais de pouvoir aider mes patients à retrouver le self-control qu'ils avaient perdu à la guerre.

Malheureusement, rien dans mes études de psychiatrie ne m'avait préparé à résoudre les problèmes de Tom et des autres vétérans. Je suis passé à la bibliothèque pour chercher des livres sur les névroses de guerre, l'obusite, la psychose post-traumatique, ou tout autre diagnostic propre à m'éclairer sur mes patients. À ma grande surprise, la clinique des anciens combattants ne possédait aucun texte sur ces affections. Cinq ans après le retour du Vietnam des fils de l'Oncle Sam, la question du traumatisme de guerre n'était toujours pas à l'ordre du jour. J'ai fini par découvrir *Les Névrotes traumatiques de guerre*, d'Abram Kardiner*, à la bibliothèque Countway de la faculté de médecine de Harvard. Dans ce livre, publié en 1941 en prévision de l'afflux de soldats voués à être traumatisés par la Seconde Guerre mondiale, Kardiner décrivait ses observations sur les vétérans de 14-18¹.

Ce psychiatre rapportait les mêmes phénomènes que ceux que j'avais sous les yeux : après la Grande Guerre, ses patients, envahis par un sentiment d'inanité, s'étaient montrés détachés et renfermés, même si auparavant ils étaient bien adaptés. Ce qu'il appelait les « névrotes traumatiques » a été rebaptisé depuis « syndrome de stress post-traumatique », ou SSPT**. Kardiner disait que ceux qui en souffraient étaient sans cesse sur le qui-vive, hypersensibles à la menace. Une phrase lapidaire m'a particulièrement intéressé : « Le noyau de la névrose est une physionévrose². » En d'autres termes, l'état de stress post-traumatique n'est pas « entièrement dans la

* Psychiatre et psychanalyste américain, qui a contribué au développement de la psychanalyse aux États-Unis. (N.D.T.)

** PTSD en anglais : *Posttraumatic Stress Disorder*. (N.D.E.)

tête», comme certains le croyaient, mais a une cause physiologique. Kardiner avait même compris que ces symptômes trouvent leur origine dans la réaction du corps entier au traumatisme.

La description qu'il en donnait confirmait mes propres observations, ce qui était rassurant, mais il disait assez peu comment aider les vétérans. Le manque de publications sur ce point était un handicap, mais notre formidable professeur, Elvin Semrad, nous avait appris à être sceptiques à l'égard des livres. Nous n'avons qu'un seul manuel, disait-il : nos patients. Nous ne devons nous fier qu'à ce qu'ils nous apprennent – et à notre expérience personnelle. Cela paraît très simple, mais alors même qu'il prônait la valeur instructive de la connaissance de soi, il nous mettait en garde contre ses limites, car les hommes sont experts dans l'art de prendre leurs désirs pour des réalités et de se masquer la vérité. Je me rappelle l'avoir entendu dire : « Les plus grandes sources de nos souffrances sont les mensonges que nous nous racontons. » À la clinique des anciens combattants, j'ai bientôt découvert à quel point il peut être éprouvant d'affronter la réalité – et cela, autant pour mes patients que pour moi.

Nous ne voulons pas vraiment savoir ce que les soldats endurent au combat. Nous ne voulons pas vraiment savoir combien d'enfants sont maltraités dans notre société, ni combien de couples – près d'un tiers – sombrent un jour dans la violence. Nous préférons penser que la famille est un havre protecteur dans un monde sans cœur et que notre pays est peuplé de gens éclairés et civilisés. Nous nous plaisons à croire que la cruauté n'existe que dans des contrées lointaines, comme le Darfour ou le Congo. Il est déjà difficile, pour les observateurs, d'assister à ces souffrances. Faut-il donc s'étonner que les traumatisés eux-mêmes ne puissent supporter de les évoquer et qu'ils aient souvent recours à la drogue, à l'alcool et à l'automutilation pour les refouler ?

Dans ma quête pour comprendre comment des expériences accablantes brisent des existences, et pour trouver ce qui leur permet de

redevenir pleinement vivants, ce sont Tom et les autres vétérans qui ont été mes premiers professeurs.

LE TRAUMATISME ET LA PERTE DU MOI

J'ai commencé ma première étude à la clinique des anciens combattants en demandant systématiquement aux patients ce qui leur était arrivé au Vietnam. Je voulais savoir ce qui les avait fait basculer, pourquoi certains s'étaient effondrés alors que d'autres avaient réussi à surmonter cette expérience³. Les hommes que j'ai interrogés étaient presque tous partis à la guerre avec le sentiment d'être bien préparés, rapprochés par les rigueurs de l'entraînement militaire et leur égalité face au danger. Ils échangeaient des photos de leur famille et de leur copine, supportaient les défauts des uns et des autres – et étaient prêts à risquer leur vie pour leurs amis. La plupart confiaient leurs lourds secrets à un copain, et certains partageaient même des chemises et des chaussettes.

Beaucoup nouaient des amitiés comme celle de Tom avec Alex. Tom avait rencontré celui-ci, d'origine italienne et vivant dans le Massachusetts, à son premier jour de campagne et, aussitôt, ils étaient devenus grands amis. Ils roulaient dans la même Jeep, écoutaient la même musique, lisaient les lettres que l'autre recevait du pays. Ils se soûlaient ensemble et draguaient les mêmes entraîneuses vietnamiennes.

Au bout de trois mois de campagne, alors que Tom avait mené son escouade patrouiller dans une rizière juste avant le coucher du soleil, une pluie de balles avait fusé de la jungle, frappant un à un les hommes autour de lui. En quelques secondes, il avait vu, horrifié, chacun des membres de sa section s'écrouler, mort ou blessé. Il ne pourrait jamais s'ôter de la tête l'image de la nuque d'Alex gisant face contre terre. Il pleurait à cette évocation : « C'était le seul vrai ami que j'avais jamais eu. » La nuit, il continuait à entendre les cris de ses hommes et à voir leurs corps tomber dans l'eau de la rizière. Tous les sons, toutes les odeurs ou les images qui lui rappelaient

l'embuscade (comme les pétards, le 4 Juillet) le plongeaient dans le même état de paralysie, de terreur et de rage que le jour où un hélicoptère l'avait évacué des lieux du drame.

Son souvenir de ce qu'il avait fait ensuite était peut-être encore pire que ses flash-back récurrents de l'attaque-surprise. Je n'ai pas eu de mal à imaginer comment la rage déclenchée par la mort d'Alex avait provoqué cette calamité. Paralysé par la honte, Tom a mis des mois pour arriver à me la raconter. Depuis la nuit des temps, il est connu que les combattants, comme Achille dans *l'Illiade* d'Homère, réagissent à la mort de leurs camarades par des actes de vengeance innommables. Le lendemain de l'embuscade, pris d'une frénésie meurtrière, Tom a foncé dans un village voisin, où il a tué des enfants et un fermier innocent et violé une Vietnamiennne. Après quoi, il lui est devenu totalement impossible d'affronter le retour au pays. Comment peut-on retrouver sa fiancée et lui dire qu'on a violé une femme comme elle, ou regarder son fils faire ses premiers pas en se rappelant l'enfant qu'on a assassiné ? Tom vivait la mort de son ami comme si une partie de lui-même avait été à jamais détruite – la partie bonne, honorable et digne de confiance. Le traumatisme qui résulte d'un acte que l'on a subi ou commis rend presque toujours difficile de s'engager dans des relations intimes. Après avoir connu une horreur aussi indicible, comment réapprendre à se fier à soi-même, et à autrui ? Inversement, comment s'abandonner à une relation d'amour une fois qu'on a subi un viol ?

Tom a continué à venir fidèlement à nos rendez-vous, car j'étais devenu pour lui un lien vital – le père qu'il n'avait jamais eu, un Alex ayant survécu à l'embuscade. Il faut énormément de confiance et de courage pour se laisser aller au souvenir. Une des choses les plus dures pour les traumatisés est de se confronter à la honte de ce qu'ils ont fait lors d'un épisode traumatique, que cette honte soit objectivement infondée (chez l'enfant qui tente de calmer son bourreau) ou justifiée (celle des auteurs d'atrocités). Sarah Haley, qui occupait le bureau voisin du mien à la clinique des anciens combattants, a écrit l'un des premiers articles sur ce point, « Quand le patient

rapporte des atrocités⁴», qui a beaucoup contribué à la création du diagnostic du SSPT. Elle y aborde la difficulté quasi insurmontable d'évoquer (et d'entendre raconter) les actes abominables que les soldats commettent souvent en temps de guerre. Il est déjà assez terrible d'affronter la souffrance infligée par autrui, mais dans leur for intérieur, bien des traumatisés sont encore plus hantés par la honte de ce qu'ils ont fait ou non pendant les conflits. Ils se méprisent d'avoir été aussi terrifiés, dépendants, furieux ou excités.

J'ai rencontré plus tard un phénomène semblable chez les enfants victimes de sévices sexuels : la plupart ont affreusement honte des actes qu'ils ont dû accomplir pour survivre et maintenir un lien avec la personne qui a abusé d'eux. C'est particulièrement vrai si leur agresseur était – comme souvent – un proche et/ou une personne dont ils dépendaient. Ce sentiment peut les conduire à ne plus trop savoir s'ils ont été consentants ou victimes, donc à confondre l'amour et la terreur, le plaisir et la douleur. Nous reviendrons sur ce dilemme tout au long de ce livre.

L'ENGOURDISSEMENT INTÉRIEUR

Le pire des symptômes de Tom était peut-être son impression d'être devenu insensible. Il voulait désespérément aimer sa famille, mais n'arrivait simplement pas à éprouver de sentiments profonds pour sa femme et ses enfants. Il se sentait coupé de tous, comme si son cœur était glacé et qu'il vivait derrière un mur de verre. Cet engourdissement le gagnait complètement. Il ne pouvait rien ressentir d'autre que sa honte et ses crises de rage, et se reconnaissait à peine dans le miroir quand il se rasait. Quand il s'entendait plaider au tribunal, il était à distance de lui-même et s'observait, se demandait comment ce type qui, par ailleurs, lui ressemblait et parlait comme lui, pouvait présenter des arguments aussi pertinents. Lorsqu'il gagnait un procès, il feignait d'être content, et s'il perdait, c'était comme s'il avait vu l'échec venir et s'y était résigné d'avance. Il avait beau être un avocat brillant, il avait toujours l'impression

de flotter dans l'espace, de manquer de motivation et de sens de l'orientation.

Il n'était soulagé de ce sentiment d'errance que lorsqu'il avait à s'investir totalement dans l'une de ses affaires. Au cours de son traitement, Tom a eu à défendre un truand accusé de meurtre. Pendant tout le procès, il était complètement absorbé par l'élaboration d'une stratégie pour le faire acquitter et il a passé de nombreuses nuits blanches plongé dans ce dossier qui l'exaltait vraiment. C'était comme à la guerre, disait-il : il se sentait pleinement vivant et rien d'autre ne comptait. Mais dès cette affaire gagnée, il a perdu son énergie. Les cauchemars ont resurgi, de même que ses crises de rage – si violemment qu'il a dû s'installer dans un motel pour ne pas s'en prendre à sa femme ou à ses enfants. Mais la solitude elle-même le terrifiait car, dans sa retraite, les démons de la guerre revenaient de plus belle. Aussi essayait-il de s'occuper en travaillant, en buvant et en se droguant, pour éviter de les affronter.

Par exemple, il feuilletait constamment *Soldier of Fortune*, en caressant le fantasme de devenir mercenaire dans l'une des nombreuses guerres qui faisaient alors rage en Afrique. Ce printemps-là, enfourchant sa Harley, il a remonté à toute allure l'autoroute de Kancamagus, dans le New Hampshire. Les vibrations, la vitesse et le danger de cette virée l'ont aidé à se reprendre, au point qu'il a pu quitter son motel et aller retrouver sa famille.

LA RÉORGANISATION DE LA PERCEPTION

Une autre des études que j'ai menées à la clinique des vétérans a commencé par une recherche sur les cauchemars, mais abouti à une exploration de la façon dont le traumatisme change les perceptions et l'imagination. Bill, un ancien médecin qui avait assisté à de violents combats au Vietnam, a été le premier à y participer. Après sa démobilisation, il était entré au séminaire avant d'être affecté à une église congrégationaliste de la banlieue de Boston. Il allait très bien jusqu'à la naissance de son premier enfant. Peu après, sa femme

avait repris son travail d'infirmière pendant qu'il se consacrait à ses tâches paroissiales tout en s'occupant du nouveau-né. La première fois où il était resté seul avec lui, le bébé s'était mis à pleurer et Bill avait soudain été submergé par des images insoutenables d'enfants agonisant au Vietnam.

Il avait dû appeler sa femme pour qu'elle vienne prendre la relève, et il était arrivé à la clinique, totalement paniqué. Il ne cessait d'entendre des cris de bébés et de voir des visages d'enfants en sang et brûlés. Mes collègues médecins étaient certains qu'il était psychotique car, d'après les manuels de l'époque, les hallucinations passaient pour des symptômes de schizophrénie paranoïde. Et outre ce diagnostic, ils trouvaient une cause à ce comportement, probablement déclenché, selon eux, par le sentiment que sa femme reportait tout son amour sur le bébé.

En arrivant à l'accueil ce jour-là, j'ai trouvé Bill entouré de médecins affolés qui s'apprêtaient à lui injecter un puissant antipsychotique avant de l'expédier dans une unité pour malades difficiles. Ils m'ont décrit ses symptômes, en me demandant mon avis. J'étais intrigué, car j'avais travaillé dans un service spécialisé dans le traitement des schizophrènes et ce diagnostic ne me semblait pas très probant. Bill a accepté de me parler et, après avoir entendu son histoire, je leur ai déclaré, paraphrasant à mon insu la pensée de Freud, en 1895, sur le traumatisme : « Je pense que cet homme souffre de réminiscences. » J'ai dit à Bill que j'allais essayer de l'aider et lui ai donné des médicaments pour enrayer sa panique. Puis je lui ai parlé de mon étude sur les cauchemars et il a consenti à y prendre part⁵.

Dans le cadre de cette étude qui démarrait quelques jours plus tard, nous avons soumis les participants à un test de Rorschach⁶. Contrairement aux autres tests qui supposent une réaction à des questions directes, il est pratiquement impossible de simuler lorsqu'on passe un Rorschach. Ce test offre un moyen unique d'observer comment les gens construisent une image mentale à partir d'un stimulus dans l'ensemble assez neutre. Les êtres humains étant créateurs de sens par nature, ils ont tendance à former une image ou

une histoire à partir de ces taches, tout comme, couchés dans l'herbe, ils voient des motifs dans les nuages. Ce qu'ils font de ces taches peut en dire long sur le mode de fonctionnement de leur esprit.

Devant la deuxième planche du test, Bill s'est exclamé, horrifié : « C'est l'enfant que j'ai vu sauter sur une bombe au Vietnam ! Au milieu, on voit la chair carbonisée, les blessures – et le sang gicle partout ! » Haletant, le front perlé de sueur, il était aussi paniqué que le jour où il avait débarqué à la clinique. J'avais déjà entendu des vétérans décrire leurs flash-back, mais c'était la première fois que j'assistais à l'un d'entre eux. Manifestement, Bill voyait les mêmes images, sentait les mêmes odeurs et éprouvait les mêmes sensations physiques que lors de l'épisode initial. Dix ans après avoir tenu dans ses bras un bébé mourant sans pouvoir le sauver, il revivait le traumatisme devant une tache d'encre.

Voir Bill envahi par un flash-back dans mon cabinet m'a aidé à prendre conscience du supplice que vivaient régulièrement mes patients et de la nécessité cruciale de trouver un soulagement à leurs tourments. L'événement traumatique, si atroce qu'il ait pu être, avait un commencement, un milieu et une fin. Mais je comprenais maintenant que les flash-back pouvaient être pires encore. On ne sait jamais quand ils frappent, ni quand ils s'arrêteront. J'ai mis des années à leur trouver un traitement efficace et Bill est l'un des patients qui m'ont le plus appris sur la question.

Quand nous avons soumis vingt et un autres patients au test de Rorschach, ils ont réagi de la même manière : seize vétérans, à la vue de la deuxième planche, se sont conduits comme s'ils vivaient un traumatisme de guerre. Cette planche, la première qui soit colorée, provoque souvent ce qu'on appelle un « choc-couleur ». Les vétérans l'interprétaient, par exemple, en disant : « Ce sont les intestins de mon copain Jim lorsqu'un obus l'a éventré », ou « C'est le cou de mon ami Danny quand sa tête a été emportée par une balle pendant qu'on déjeunait ». Aucun n'a cité de moines dansants, de papillons voletants, ni les autres images banales, quelquefois étranges, que voient la plupart des gens.

Si ces vétérans étaient généralement très ébranlés par ce qu'ils voyaient, les cinq restants ont eu des réactions encore plus alarmantes : ils avaient simplement l'esprit vide. « Il n'y a rien, a observé l'un d'eux, juste un peu d'encre. » Il avait raison, bien sûr, mais la réaction humaine normale à des stimuli ambigus consiste à recourir à l'imagination pour y voir quelque chose.

Le test de Rorschach nous a appris que les traumatisés ont tendance à superposer leur traumatisme à tout ce qui les entoure, et des difficultés à déchiffrer ce qui se passe dans leur environnement. Il nous a également montré que le traumatisme affecte l'imagination. Les cinq hommes qui n'avaient rien vu dans les planches du Rorschach avaient perdu leur capacité à laisser vagabonder leur esprit – et les seize autres aussi, car les associer à des scènes du passé témoignait qu'ils n'avaient pas la souplesse mentale qui est le propre de l'imagination. En fait, ils n'arrêtaient pas de se repasser un vieux film.

L'imagination joue un rôle capital dans la qualité de la vie. Elle nous permet d'oublier la routine quotidienne en fantasmant sur les voyages, les rapports sexuels, le coup de foudre ou la victoire – toutes choses qui rendent la vie intéressante. Elle nous donne l'occasion d'envisager de nouvelles possibilités : c'est un stimulant essentiel à l'accomplissement de nos désirs. L'imagination fouette la créativité, délivre de l'ennui, soulage la douleur, décuple le plaisir et enrichit les relations les plus intimes. Lorsqu'on est toujours ramené compulsivement au passé, à la dernière fois où on s'est pleinement impliqué en étant profondément ému, on souffre d'une défaillance de l'imagination, d'une perte de souplesse mentale. Sans imagination, il n'y a pas d'espoir, pas moyen d'inventer un avenir meilleur, pas de but à atteindre.

Le test de Rorschach nous a appris aussi que les traumatisés voient le monde d'une manière fondamentalement différente des autres. Pour la plupart des gens, un homme qui marche dans la rue est juste un promeneur. Une victime de viol, elle, va peut-être paniquer en pensant qu'il s'apprête à l'agresser. Une institutrice sévère

peut être intimidante pour un enfant quelconque, mais pour celui qui est battu par son beau-père, elle peut représenter un tortionnaire, si bien qu'il va exploser de rage ou se blottir, terrifié, dans un coin.

LE BLOCAGE DANS LE TRAUMATISME

Notre clinique était pleine de vétérans qui cherchaient une aide psychiatrique. Mais, du fait d'une grave pénurie de médecins qualifiés, la plupart d'entre eux étaient en liste d'attente alors même qu'ils continuaient à s'autobrutaliser et à frapper leurs proches. Le nombre des arrestations pour violence et bagarres en état d'ivresse a alors nettement augmenté parmi ces patients, et leur taux de suicide est devenu alarmant – au point que j'ai créé un groupe de jeunes vétérans du Vietnam pour contenir leurs débordements jusqu'à ce qu'ils puissent entamer une « vraie » thérapie.

À la première séance d'un groupe formé d'anciens marines, l'un d'eux a commencé par me dire tout net : « Je ne veux pas parler de la guerre. » J'ai répondu qu'ils pouvaient choisir n'importe quel sujet. Après une demi-heure de silence torturant, un homme s'est enfin mis à parler de son accident d'hélicoptère. À mon grand étonnement, les autres se sont aussitôt animés, évoquant leurs expériences traumatiques de façon très intense. Ils sont tous revenus les deux semaines suivantes : ils puisaient dans ce groupe un écho et un sens à ce qui, jusque-là, n'avait été que des sensations de terreur et de vide, y retrouvaient le sentiment de camaraderie qui avait été une composante essentielle de leur expérience de la guerre. Tenant absolument à m'intégrer à leur nouvelle unité, ils m'ont offert un uniforme de capitaine des marines pour mon anniversaire. Rétrospectivement, ce geste révélait une partie du problème : on était soit dedans, soit dehors – soit on appartenait à l'unité, soit on n'était personne. Après le traumatisme, le monde se divise nettement entre ceux qui savent et les ignorants. On ne peut pas faire confiance aux gens qui n'ont pas partagé cette expérience, parce qu'ils ne peuvent pas la

comprendre. Tristement, cela s'étend souvent aux conjoints, aux enfants et aux collègues.

J'ai dirigé plus tard un autre groupe de vétérans, mais de l'armée de Patton, dont chacun avait largement dépassé les soixante-dix ans et aurait pu être mon père. Nous nous réunissions le lundi matin, à huit heures. À Boston, les tempêtes hivernales paralysent quelquefois les transports en commun mais, à ma grande surprise, tous les membres du groupe venaient même les jours de blizzard, certains marchant des kilomètres dans la neige jusqu'à la clinique. À Noël, ils m'ont offert une montre de G.I., délivrée par l'armée dans les années 1940. À l'instar des marines, ils ne pouvaient m'accepter comme médecin qu'en faisant de moi un des leurs.

Si émouvantes qu'aient été ces expériences, les limites de la thérapie de groupe sont apparues clairement quand je les ai poussés à parler des problèmes auxquels ils étaient confrontés dans leur vie quotidienne : leurs relations avec leur femme, leurs enfants et leur famille ; leurs rapports avec leur patron et leur satisfaction au travail ; leur forte consommation d'alcool. De manière caractéristique, ils ont résisté en se déroband, en racontant pour la énième fois comment ils avaient poignardé un soldat allemand dans la forêt de Hürtgen, ou comment leur hélicoptère avait été abattu dans la jungle au Vietnam.

Que leur traumatisme remontât à dix ans ou à plus de quarante, mes patients ne pouvaient combler le fossé entre leur expérience de la guerre et leur vie actuelle. L'épisode qui leur avait causé tant de souffrance était également devenu leur seule source de sens. Ils ne se sentaient vraiment vivants que lorsqu'ils revisitaient leur passé traumatique.

LE DIAGNOSTIC DE STRESS POST-TRAUMATIQUE

Dans les premiers temps de la clinique, nous posions sur les troubles de nos vétérans toutes sortes de diagnostics : alcoolisme, toxicomanie, dépression, troubles de l'humeur – voire

schizophrénie –, en essayant tous les remèdes de nos manuels. Mais, malgré nos efforts, nos résultats étaient maigres. Les traitements lourds que nous leur prescrivions les abrutissaient complètement. Quand nous les incitions à parler des détails précis d'un événement traumatique, nous déclençons souvent des flash-back au lieu de les aider à résoudre le problème. Beaucoup arrêtaient la thérapie, non seulement parce que nous n'arrivions pas à les aider, mais parce que, dans certains cas, nous aggravions les choses.

L'année 1980 a marqué un tournant quand un groupe de vétérans du Vietnam, aidé par les psychanalystes Robert J. Lifton et Chaim Shatan, a fait pression sur l'Association psychiatrique américaine pour créer un nouveau diagnostic : le syndrome de stress post-traumatique (SSPT), qui était à peu près commun à tous nos patients. Identifier les symptômes et les regrouper dans une entité a permis de donner enfin un nom à la souffrance des gens qui étaient submergés par l'horreur et par l'impuissance. Une fois le cadre conceptuel du SSPT mis en place, les conditions étaient réunies pour un changement radical dans notre compréhension des vétérans. Cela a provoqué une explosion de recherches et de tentatives pour trouver des traitements efficaces.

Inspiré par les possibilités qu'offrait ce nouveau diagnostic, j'ai proposé à la clinique une étude sur la biologie des souvenirs traumatiques. La mémoire des traumatisés différait-elle de celle des autres ? Pour la plupart des gens, le souvenir d'un événement pénible finit par s'effacer ou se change en trace plus bénigne. Mais presque tous nos patients étaient incapables de faire de leur passé de l'histoire ancienne⁷.

Pour cette étude, j'avais demandé une bourse qui m'a été refusée en ces termes : « Il n'a jamais été prouvé que le SSPT relève de la mission de la clinique des anciens combattants. » Depuis lors, évidemment, celle-ci a centré son travail sur les diagnostics de SSPT et de lésion cérébrale, et elle dote considérablement l'application aux traumatisés de guerre de « traitements fondés sur des données probantes ». Mais les choses, à l'époque, étaient différentes. Refusant de

rester dans une structure dont la vision de la réalité était en conflit avec la mienne, j'ai démissionné. Sur quoi, je suis entré en 1982 au Centre de santé mentale du Massachusetts, l'hôpital universitaire de Harvard où j'avais suivi ma formation psychiatrique. Mes nouvelles fonctions consistaient à enseigner une discipline naissante : la psychopharmacologie, l'étude des médicaments destinés à soulager les malades mentaux.

Dans mon nouveau poste, j'ai été confronté quasi quotidiennement à des problèmes que je pensais avoir laissés à la clinique des vétérans. Mon expérience des anciens combattants m'avait tellement sensibilisé à l'impact du traumatisme que j'écoutais d'une tout autre oreille des patients déprimés et anxieux me raconter des histoires d'agression ou de violence familiale. J'étais particulièrement frappé par le nombre de femmes déclarant avoir été violées dans leur enfance. C'était déconcertant, car le manuel de psychiatrie classique de l'époque disait que l'inceste était extrêmement rare aux États-Unis. D'après lui, seule une femme sur un million en était victime⁸. L'Amérique comptant alors 100 millions de citoyennes, je me suis demandé comment quarante-sept d'entre elles – soit la moitié du pourcentage officiel – avaient pu trouver le chemin de mon cabinet.

Le manuel ajoutait : « Il y a un léger consensus sur le fait que le rôle de l'inceste père-fille soit une cause de psychopathologie grave. » Or mes patientes victimes d'inceste présentaient, au contraire, des troubles sévères : elles étaient profondément déprimées, confuses, et se livraient souvent à des automutilations bizarres – en se scarifiant, par exemple, avec des lames de rasoir. Le manuel allait presque jusqu'à approuver l'inceste, expliquant qu'il « réduit les risques de psychose et permet une meilleure adaptation au monde extérieur⁹ ». En fait, il est apparu que l'inceste avait des effets dévastateurs sur le bien-être. À de nombreux égards, ces patientes n'étaient pas différentes des vétérans que je venais de quitter à la clinique des anciens combattants. Elles aussi avaient des cauchemars et des flash-back. Elles aussi alternaient de longues périodes de fermeture

émotionnelle et des crises de rage. La plupart avaient de grandes difficultés à s'entendre avec d'autres gens et à entretenir de véritables relations.

Comme on le sait aujourd'hui, la guerre n'est pas la seule calamité à ruiner des vies. Si un quart des combattants développent de graves problèmes post-traumatiques¹⁰, la majorité des Américains subissent, durant leur existence, un acte de violence – et des études plus approfondies ont montré que 12 millions de femmes ont été violées aux États-Unis, plus de la moitié de ces viols ayant été commis sur des filles de moins de quinze ans¹¹. Pour un grand nombre de gens, la guerre commence à la maison : tous les ans, 3 millions d'enfants américains sont victimes de sévices sexuels et d'abandon. Un million de ces cas sont suffisamment sérieux pour justifier l'intervention de services de protection de l'enfance ou des actions en justice¹². Autrement dit, pour chaque soldat qui se bat dans une zone de guerre à l'étranger, dix enfants sont en danger dans leur propre foyer. C'est particulièrement tragique, car il est très difficile pour les enfants de se remettre de la terreur et de la souffrance causées, non par un combattant ennemi, mais par leurs propres parents.

UNE NOUVELLE COMPRÉHENSION

En trois décennies, depuis que j'ai rencontré Tom, nous avons énormément appris, non seulement sur l'impact et les manifestations du traumatisme, mais sur les moyens d'aider ces victimes à retrouver leur chemin. À partir du début des années 1990, les techniques d'imagerie cérébrale ont commencé à nous montrer ce qui se passe vraiment dans leur cerveau. Elles se sont avérées essentielles pour la compréhension des lésions infligées par le traumatisme, et elles nous ont guidés pour envisager des voies thérapeutiques entièrement inédites.

Nous avons aussi commencé à comprendre comment des expériences extrêmes affectent nos sensations les plus intimes et notre

rapport avec notre réalité physique – le noyau de notre être. Nous avons appris que le traumatisme n'est pas juste un événement qui s'est produit dans le passé : c'est aussi l'empreinte que l'expérience laisse sur l'esprit, le cerveau et le corps, une trace qui a des conséquences persistantes sur la manière dont notre organisme parvient à survivre dans le présent.

Le traumatisme réorganise fondamentalement la manière dont l'esprit et le cerveau gèrent les perceptions. Il ne modifie pas seulement notre façon de penser et ce que nous pensons, mais notre capacité même à penser. Nous avons découvert qu'amener des traumatisés à trouver les mots pour décrire ce qui leur est arrivé les aide significativement – toutefois, en général, cela ne suffit pas. Le fait de raconter l'histoire ne change pas forcément les réactions automatiques, physiques et hormonales, d'organismes qui restent hypervigilants, prêts à être agressés ou violés à tout moment. Pour qu'il y ait un vrai changement, le corps doit apprendre que le danger est passé et à vivre dans la réalité du présent. Nos recherches sur la compréhension du traumatisme nous ont ainsi amenés à envisager autrement non seulement l'organisation de l'esprit, mais les processus par lesquels il guérit.

DES RÉVOLUTIONS DANS LA COMPRÉHENSION DE L'ESPRIT ET DU CERVEAU

« Plus grand est le doute, plus grand est l'éveil ; plus petit le doute, plus petit l'éveil. Pas de doute, pas d'éveil. »

C. C. Chang, *The Practice of Zen*

« Nous vivons dans le bref laps de temps qui est le nôtre, mais qui n'est pas seulement formé par notre vie. C'est la synthèse de toutes les vies qui s'écoulent en même temps que la nôtre... Nous sommes une expression de l'Histoire. »

Robert Penn Warren, *World Enough and Time*

À la fin des années 1960, lors d'un congé sabbatique entre mes deux premières années de médecine, j'ai assisté par hasard à une transition profonde dans l'approche médicale de la souffrance psychique. J'avais décroché un poste dans un service de recherche du Centre de santé mentale du Massachusetts, où j'étais chargé d'organiser des activités récréatives pour les patients. Ce centre avait été longtemps considéré comme un des meilleurs hôpitaux psychiatriques du pays, un joyau de la couronne de l'empire de Harvard. Le but des recherches pratiquées dans mon service était d'établir quel était le meilleur traitement – la psychothérapie ou la thérapie médicamenteuse – pour les

jeunes gens souffrant d'un effondrement psychique diagnostiqué comme une schizophrénie.

La psychothérapie, issue de la psychanalyse freudienne, était encore le principal traitement de la maladie mentale dans cet hôpital. Mais au début des années 1950, un groupe de savants français avait découvert un nouveau composé, la chlorpromazine (vendue sous la marque Thorazine), qui pouvait « tranquilliser » les patients et les rendre moins agités et moins délirants. Cela avait fait naître l'espoir de mettre au point des médicaments qui pourraient traiter les problèmes psychiques graves – comme la dépression, la panique, l'angoisse, la manie – et juguler certains des symptômes les plus pénibles de la schizophrénie.

En tant qu'employé non médecin, je n'avais rien à voir avec le secteur de recherche du service et j'ignorais quel traitement recevaient les patients. Ils étaient tous plus ou moins de mon âge – des étudiants de Harvard, du MIT* et de l'université de Boston. Certains avaient fait des tentatives de suicide. D'autres s'étaient tailladés avec des couteaux ou des rasoirs. D'autres encore avaient agressé leurs camarades de chambre, ou terrifié leurs parents et leurs amis par un comportement irrationnel. Ma tâche consistait à les faire participer à des activités habituelles pour des étudiants, comme aller à la pizzeria, camper dans les bois, faire de la voile sur le fleuve Charles** ou assister aux matchs des Red Sox***.

Totalement novice, j'étais très attentif lors des réunions du service, m'efforçant de déchiffrer le langage et la logique complexe des patients. J'avais appris aussi à traiter leurs explosions incohérentes et leur repli sur soi. Un matin, j'ai trouvé une malade dans sa chambre, debout comme une statue, le bras levé dans un geste de défense, les traits figés par la peur. Elle est restée là, immobile,

* Institut de technologie du Massachusetts. (N.D.T.)

** Petit fleuve du Massachusetts, séparant les villes de Cambridge et de Boston. (N.D.T.)

*** Célèbre club de base-ball de Boston. (N.D.T.)

pendant au moins douze heures. Les médecins m'ont donné le nom de son état, la catatonie, mais même les manuels que j'ai consultés ne disaient pas comment y remédier ; on le laissait simplement suivre son cours.

TRAUMATISME AVANT L'AUBE

J'ai passé beaucoup de nuits et de week-ends dans cette unité, ce qui m'offrait l'occasion d'assister à des scènes que les médecins ne voyaient jamais pendant leurs brèves visites. Quand les patients ne pouvaient pas dormir, ils venaient souvent parler dans la pénombre du poste des infirmiers. Le calme de la nuit semblant les aider à s'ouvrir, ils me racontaient avoir été frappés, agressés ou violés, souvent par leurs parents, d'autres membres de la famille, des voisins ou des camarades de classe. Ils évoquaient les nuits où, couchés dans leur lit, ils entendaient leur père battre leur mère, leurs parents se lancer d'horribles menaces, des bruits de meubles brisés – ou leur terreur quand leur père rentrait ivre et les tirait du lit pour les punir d'une faute imaginaire. Des femmes disaient n'avoir jamais pu fermer l'œil, pétrifiées à l'idée de l'inévitable : un frère ou un père se glissant dans leur chambre pour les violer.

Lors des visites du matin, les jeunes médecins présentaient leurs cas à leurs superviseurs, un rituel auquel le personnel non médecin pouvait assister. Les internes citaient rarement des histoires comme celles que j'avais entendues. Beaucoup d'études ultérieures ont pourtant confirmé la pertinence de ces témoignages. Nous savons aujourd'hui que plus de la moitié des patients des services psychiatriques ont été agressés, abandonnés, négligés, violés dans leur enfance, ou témoins de violences familiales¹. Mais ce genre d'antécédents semblait occulté pendant ces visites. J'étais souvent surpris par la froideur avec laquelle les symptômes des malades étaient évoqués et du temps passé à tenter de contenir leurs pensées suicidaires ou leur conduite destructrice, plutôt qu'à tâcher de comprendre les causes de leur détresse. J'étais aussi frappé par le peu d'attention

prêtée à leurs dons et leurs aspirations, aux personnes qu'ils aimaient ou détestaient, à ce qui les motivait, les attirait, les bloquait et les calmait : à l'écologie de leur vie.

Quelques années plus tard, jeune médecin, j'ai été confronté à un exemple particulièrement net de cette approche médicale. Je travaillais alors dans un hôpital catholique, où je procédais à des examens physiques sur des femmes dépressives, qui devaient être traitées le jour suivant par électrochocs. Mû par la curiosité, je les interrogeais sur leur vie. Beaucoup s'épanchaient en parlant d'un mariage pénible, d'enfants difficiles et d'une culpabilité liée à un avortement. Tandis qu'elles se confiaient, elles s'animaient visiblement et, souvent, elles me remerciaient avec effusion de les écouter. Certaines se demandaient si elles avaient vraiment besoin d'électrochocs après s'être déchargées d'un tel poids. J'étais toujours triste au terme de ces échanges, sachant que le traitement qui leur serait administré le lendemain en effacerait le souvenir. Je n'ai pas tenu longtemps à ce poste.

Quand j'étais employé au Centre de santé mentale du Massachusetts, j'allais souvent à la bibliothèque médicale Countway pour en apprendre davantage sur les patients dont je m'occupais. Un samedi après-midi, je suis tombé sur un traité qui fait toujours autorité, *Dementia Praecox*, l'ouvrage majeur d'Eugen Bleuler, publié en 1911. Les observations de ce psychiatre étaient passionnantes. « Parmi les hallucinations corporelles schizophréniques, les hallucinations sexuelles sont sans doute les plus fréquentes et les plus importantes. Tous les délices de la satisfaction sexuelle normale et anormale sont éprouvés par les patients, mais plus souvent encore toutes les abominations que peut inventer l'imagination la plus débridée. On soustrait leur sperme aux hommes, on leur fait des érections douloureuses [...]. Des femmes sont violées de la façon la plus perverse [...]. Malgré toute la signification symbolique de bien des hallucinations de ce genre, la plupart d'entre elles sont de véritables sensations². »

Cela m'a fait réfléchir : nos patients avaient des hallucinations – les médecins les interrogeaient toujours sur ce point, en y voyant des signes de l'ampleur de leurs troubles. Mais si les récits que j'avais entendus pendant bien des nuits étaient vrais, se pouvait-il que ces « hallucinations » soient en fait des souvenirs fragmentaires d'expériences réelles ? Les hallucinations n'étaient-elles que le fruit de cerveaux malades ? Pouvait-on inventer des sensations qu'on n'avait jamais éprouvées ? Existait-il une limite claire entre la créativité et l'imagination pathologique ? Entre la mémoire et l'imagination ? Ces questions restent encore aujourd'hui sans réponse, mais des recherches ont montré que les personnes qui ont été violées dans leur enfance éprouvent souvent des sensations (comme les douleurs abdominales) sans cause physique probante, ou entendent des voix les accuser de crimes ou les prévenir d'un danger.

Il ne faisait aucun doute que de nombreux patients du service se livraient à des comportements violents, bizarres et autodestructeurs, surtout quand ils se sentaient frustrés, incompris ou contrariés. Ils piquaient des crises, cassaient des assiettes, se taillaient avec du verre et brisaient des vitres. À l'époque, j'ignorais totalement pourquoi un malade pouvait réagir à une simple demande (« Et si on enlevait le gel qui vous poisse les cheveux ? ») par l'effroi ou la rage. D'ordinaire, je suivais l'exemple des infirmiers chevronnés qui me faisaient signe de reculer ou, si ça ne marchait pas, de maîtriser un patient. J'étais troublé par la satisfaction qu'il m'arrivait d'éprouver après en avoir plaqué un à terre, et j'ai peu à peu compris que notre formation visait pour beaucoup à développer notre sang-froid face à des réalités terrifiantes.

Sylvia était une très belle étudiante de dix-neuf ans qui s'asseyait en général seule dans un coin du service, morte de peur et quasi muette, mais dotée d'une aura de mystère du fait de sa réputation de maîtresse d'un mafieux de Boston. Quand elle a perdu du poids après avoir refusé de manger pendant plus d'une semaine, les médecins ont décidé de la nourrir de force. Nous avons dû nous y mettre à trois pour la maintenir, tandis qu'un infirmier enfonçait la sonde

d'alimentation dans sa gorge et qu'un autre versait le mélange nutritif dans son estomac. Plus tard, lors de confidences nocturnes, Sylvia m'a révélé timidement, d'un ton hésitant, que son frère et son oncle avaient abusé d'elle dans son enfance. J'ai pris conscience alors que, pour elle, notre débauche de soins avait dû furieusement ressembler à un viol collectif. Cette expérience et d'autres du même genre m'ont aidé à formuler une règle pour mes étudiants : si vous faites une chose à un patient que vous ne feriez pas à vos amis ni à vos enfants, demandez-vous si vous ne reproduisez pas inconsciemment un traumatisme de son passé.

Dans mon rôle d'animateur de loisirs, j'ai observé d'autres symptômes : les patients de mon groupe étaient remarquablement maladroits et très mal coordonnés physiquement. Quand nous allions camper, ils restaient presque tous inertes, incapables de m'aider quand je plantais les tentes. Un jour, sur le fleuve Charles, notre bateau, pris dans une bourrasque, a failli chavirer parce qu'ils s'étaient blottis sous le vent sans comprendre qu'ils devaient se déplacer pour le stabiliser. Lors des matchs de volley, les employés du service montraient toujours une meilleure coordination qu'eux. Autre caractéristique : même leurs échanges les plus décontractés semblaient guindés, privés de la fluidité gestuelle coutumière entre amis. Ce n'est qu'après avoir rencontré les pionniers de la thérapie corporelle, Peter Levine et Pat Ogden, que j'ai compris la pertinence de ces observations. Dans les derniers chapitres de ce livre, j'aurai beaucoup à dire sur la manière dont le traumatisme est ancré dans le corps.

COMPRENDRE LA SOUFFRANCE

Au bout d'un an passé dans ce service de recherche, j'ai repris mes études de médecine. Puis, mon doctorat en poche, je suis revenu faire mon internat en psychiatrie dans le même hôpital, ravi d'avoir été accepté dans cette spécialité. Nombre de psychiatres célèbres s'étaient formés au Centre de santé mentale du Massachusetts, dont Eric Kandel, qui a obtenu plus tard le prix Nobel de médecine et

de physiologie. C'est là que, pendant mon internat, Allan Hobson a découvert les cellules cérébrales responsables des rêves, et c'est aussi dans ses laboratoires qu'ont eu lieu les premières recherches sur les substrats chimiques de la dépression. Mais pour beaucoup d'internes, le plus grand attrait de cet hôpital était ses patients. Nous passions six heures par jour avec eux, avant de nous réunir avec les chefs de service pour échanger nos observations, poser des questions et rivaliser de mots d'esprit.

La première année, notre excellent professeur, Elvin Semrad, nous a déconseillé de lire des manuels de psychiatrie. (C'est peut-être grâce à ce régime de famine que nous sommes presque tous devenus des lecteurs insatiables et des auteurs prolifiques.) Il voulait éviter que les pseudo-certitudes des diagnostics psychiatriques n'altèrent nos perceptions de la réalité. Je me rappelle lui avoir demandé un jour : « Quel nom donneriez-vous à ce patient ? Schizophrène ou schizo-affectif ? » Il s'est gratté le menton, l'air de bien réfléchir, avant de me répondre : « Je crois que je l'appellerais Michael McIntyre. »

Semrad nous a appris que la plupart des souffrances humaines sont liées à l'amour et à la perte, et que la tâche des thérapeutes consiste à aider les gens à « reconnaître, à percevoir et à supporter la réalité de la vie » – avec tous ses plaisirs et ses chagrins. « Les plus grandes sources de nos souffrances sont les mensonges qu'on se raconte », déclarait-il, nous encourageant à être totalement francs avec nous-mêmes. Il disait souvent que les hommes ne peuvent pas aller mieux sans savoir ce qu'ils savent et sentir ce qu'ils sentent.

Je me rappelle avoir été surpris d'entendre cet éminent professeur avouer combien il était rassuré de sentir les fesses de sa femme contre les siennes quand il s'endormait. En révélant des besoins humains aussi simples, il nous aidait à comprendre qu'ils étaient essentiels dans la vie. Les négliger rétrécit l'existence, quelle que soit la grandeur de nos pensées et de nos succès. Guérir, disait-il, dépend de l'expérience empirique. Pour gouverner pleinement sa vie, il faut reconnaître la réalité de son corps, dans toutes ses dimensions viscérales.

Pourtant, notre profession s'orientait dans une autre direction. En 1968, l'*American Journal of Psychiatry* a publié les résultats de l'étude du service où j'avais travaillé pendant mon congé sabbatique. Ils montraient sans équivoque que les schizophrènes sous traitement médicamenteux s'en sortaient mieux que ceux qui parlaient trois fois par semaine avec les meilleurs thérapeutes de Boston³. Cette étude a été l'une des nombreuses étapes qui ont changé le regard de la médecine et de la psychiatrie sur les problèmes psychologiques : d'expressions infiniment variables de sentiments et de relations intolérables, ils sont devenus des maladies mentales, cataloguées comme des « troubles » distincts.

La manière dont la médecine aborde la souffrance humaine a toujours été déterminée par le niveau d'avancement des techniques. Avant le siècle des Lumières, les anomalies comportementales étaient attribuées à Dieu, au péché, aux sorcières et aux esprits malins. Ce n'est qu'au XIX^e siècle que des savants français et allemands ont commencé à voir dans le comportement humain une adaptation aux complexités du monde. À la fin des années 1960, un nouveau paradigme est apparu : le désir, l'avarice, la paresse et la colère (tous les problèmes que l'Homme a toujours eu du mal à surmonter) ont été rebaptisés « troubles » – lesquels pouvaient être guéris par des produits chimiques ad hoc⁴. De nombreux psychiatres ont été ravis de s'ériger ainsi en « vrais savants », tels les médecins qui avaient des laboratoires, des équipements chers et des tests complexes pour écarter les théories nébuleuses de philosophes comme Freud et Jung. « La cause de la maladie mentale est aujourd'hui considérée comme un dérèglement du cerveau, un déséquilibre chimique⁵ », a même affirmé un manuel de psychiatrie.

Tout comme mes collègues, je me suis rallié avec enthousiasme à la révolution pharmacologique. En 1973, j'ai été le premier chef de clinique en psychopharmacologie au Centre de santé mentale du Massachusetts, et peut-être aussi le premier psychiatre de Boston à donner du lithium à un maniaco-dépressif. (J'avais lu des articles sur les travaux de John Cade sur le lithium en Australie, et un comité

hospitalier m'a permis d'essayer ce produit.) Sous lithium, une femme qui, depuis trente-cinq ans, avait toujours été maniaque en mai et suicidaire en novembre, a rompu ce cycle et gardé un état stable pendant les trois ans où je l'ai soignée. J'ai également fait partie de la première équipe de recherche américaine qui a testé le Clorazil – un antipsychotique prescrit pour la schizophrénie – sur des malades chroniques entassés dans les arrière-salles des asiles d'aliénés⁶. Certaines réactions ont été miraculeuses : des patients qui avaient passé de nombreuses années murés dans leur réalité terrifiante ont pu regagner leur famille et leur communauté. Des malades plongés dans les ténèbres et le désespoir ont commencé à réagir à la beauté du contact humain, aux plaisirs du travail et du jeu. Ces résultats stupéfiants nous ont donné l'espoir de pouvoir vaincre enfin la détresse humaine.

Les antipsychotiques ont largement contribué à réduire le nombre de personnes qui vivaient dans les hôpitaux psychiatriques aux États-Unis, passant de 500 000 en 1955 à moins de 100 000 en 1996⁷. Pour les générations qui n'ont pas connu le monde avant leur arrivée, ce progrès est presque inimaginable. Pendant ma première année de médecine, j'ai vu, à l'hôpital de Kankakee (Illinois), un aide-soignant laver au jet des douzaines de patients nus, sales et incohérents. Aujourd'hui, ce souvenir m'apparaît plus comme un cauchemar que comme une scène à laquelle j'ai vraiment assisté. Après mon internat, en 1974, je suis devenu l'avant-dernier directeur d'une institution vénérable, l'hôpital public de Boston, qui s'étendait sur des centaines d'hectares et des dizaines de bâtiments – serres, jardins et ateliers –, la plupart en ruine. Pendant que je m'y trouvais, les patients – qui se montaient jadis à des milliers – ont été progressivement dispersés dans la « communauté », le terme fourre-tout désignant les abris anonymes et les maisons de retraite où ils finissaient presque tous. (Paradoxalement, l'hôpital était, à l'origine, un « asile », mot synonyme de « refuge » qui a pris, au fil du temps, une connotation plus sinistre. Il offrait, initialement, une communauté protégée où tout le monde connaissait les noms et les habitudes des patients.) En 1979,

peu après mon entrée à la clinique des anciens combattants, l'hôpital public de Boston a fermé, voué à devenir une ville fantôme.

Tout en le dirigeant, j'ai poursuivi mes travaux en psychopharmacologie au Centre de santé mentale du Massachusetts, dont les recherches prenaient alors une autre direction. Dans les années 1960, des chercheurs américains avaient commencé à mettre au point des techniques pour isoler et mesurer des hormones et des neurotransmetteurs dans le sang et dans le cerveau. Les neurotransmetteurs sont des messagers chimiques qui, en portant des informations d'un neurone à l'autre, permettent une bonne interaction avec le monde.

Maintenant qu'il avait été démontré qu'un taux anormal de noradrénaline était associé à la dépression et une teneur atypique en dopamine liée à la schizophrénie, nous espérions pouvoir développer des produits qui cibleraient certaines anomalies du cerveau. Nous n'y sommes jamais tout à fait parvenus, mais nos efforts pour mesurer l'effet des médicaments sur les symptômes psychiques ont mené à un autre grand changement dans la profession. Le besoin des chercheurs d'avoir un moyen précis et systématique de communiquer leurs résultats a amené à élaborer ce qu'on appelle communément les « critères diagnostiques de recherche », un projet auquel j'ai contribué en tant qu'humble assistant. Ces critères ont formé la base du premier système méthodique d'évaluation des problèmes psychiatriques, le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM)*, couramment nommé la « bible des psychiatres ». Sa troisième édition (le fameux *DSM-III*, paru en 1980) a eu la modestie de reconnaître que ce système de diagnostic était imprécis – au point qu'il ne fallait jamais l'utiliser pour des contrats d'assurance ni à des fins médico-légales⁸. Cette modestie, on le verra, a été tragiquement éphémère.

LE CHOC INÉLUCTABLE

Préoccupé par les nombreuses questions non résolues sur le stress traumatique, j'étais curieux de savoir si le domaine naissant

des neurosciences pouvait y apporter quelques réponses. Dans cette perspective, j'ai commencé à assister aux séminaires de l'université américaine de psychopharmacologie (ACNP), dans le Tennessee. En 1984, cette dernière offrait nombre de conférences passionnantes sur l'élaboration des médicaments, mais c'est seulement quelques heures avant mon retour prévu à Boston que j'ai entendu l'exposé de Steven Maier, de l'université du Colorado, sur l'impuissance apprise. Avec Martin Seligman, de l'université de Pennsylvanie, il avait administré des chocs électriques douloureux à des chiens enfermés dans des cages – les exposant ainsi à ce qu'il nommait un « choc inéluctable⁹ ». Grand ami des chiens, j'ai pris conscience que je n'aurais jamais pu faire cette expérience moi-même, mais la manière dont elle affectait les animaux m'intriguait.

Après que les cobayes avaient reçu plusieurs séries de chocs électriques, les chercheurs ouvraient leurs cages, puis ils leur infligeaient un nouveau choc. Un groupe de chiens témoins qui n'en avait pas subi s'échappait aussitôt, mais ceux qui avaient déjà été soumis au choc inéluctable ne cherchaient pas à fuir, même quand leur cage était grande ouverte. L'occasion de filer n'incite pas forcément les traumatisés – hommes ou bêtes – à prendre le chemin de la liberté. Comme les chiens de Maier et Seligman, beaucoup, simplement, y renoncent. Au lieu de se risquer à expérimenter de nouvelles options, ils restent bloqués dans la peur qui leur est familière.

J'ai été fasciné par la conférence de Maier. Ce qu'il avait fait à ces pauvres chiens était exactement ce qui était arrivé à mes patients traumatisés. Eux-mêmes avaient été exposés à quelqu'un ou à quelque chose qui leur avait infligé un mal terrible – auquel ils n'avaient pu se soustraire. J'ai fait mentalement l'inventaire des patients que j'avais traités. Presque tous avaient été, d'une certaine manière, pris au piège, incapables d'empêcher l'inévitable. Leur réaction de lutte ou de fuite avait été contrariée – de sorte qu'ils s'étaient effondrés ou étaient devenus extrêmement agités.

Seligman et Maier avaient, de surcroît, découvert que les chiens traumatisés sécrétaient bien plus d'hormones du stress que la

normale. Cela confirmait ce que l'on commençait à apprendre sur les fondements biologiques du stress post-traumatique. Un groupe de jeunes chercheurs, dont Steve Southwick et John Krystal (à Yale), Arieh Shalev (à la faculté de médecine Hadassah de Jérusalem), Frank Putnam (à l'Institut américain de santé mentale) et Roger Pitman (plus tard, à Harvard) constataient que, longtemps après la disparition du danger, les traumatisés continuaient à sécréter énormément d'hormones du stress; et Rachel Yehuda, à l'hôpital Mount Sinai de New York, nous confrontait à son constat apparemment paradoxal : la faiblesse du taux de cortisol (une des hormones du stress) chez les personnes souffrant d'un syndrome de stress post-traumatique. Le sens de sa découverte n'est apparu que lorsque sa recherche a précisé que le cortisol stoppait une réaction de stress en envoyant le signal « tout va bien » et que, dans le syndrome de stress post-traumatique, les hormones du stress ne revenaient pas à leur niveau témoin après la disparition de la menace.

Dans l'idéal, notre système d'hormones du stress devrait nous fournir une réaction ultrarapide au danger, puis nous ramener très vite à l'équilibre. Or, chez les patients atteints d'un SSPT, il ne peut pas procéder à cet équilibrage. Les signaux de lutte, de fuite et de paralysie persistent longtemps après l'extinction du péril et, dans le cas des chiens, ne reviennent pas à la normale : chez eux, la sécrétion constante d'hormones du stress s'exprime par l'agitation et la panique, et finit par détruire leur santé.

Ce jour-là, j'ai raté mon avion car je voulais parler à tout prix à Steven Maier. Son travail m'a donné non seulement des idées sur les problèmes de mes patients, mais des clés possibles pour les résoudre. Par exemple, Seligman et lui avaient trouvé que le seul moyen d'apprendre aux chiens traumatisés à échapper à l'électricité, une fois leurs cages ouvertes, consistait à les traîner dehors à plusieurs reprises pour qu'ils testent physiquement le chemin de la fuite. Les questions se bouscuaient dans ma tête : pouvions-nous également aider nos patients à se délivrer de l'impression fondamentale qu'ils ne pouvaient rien faire pour se défendre ? Avaient-ils,

eux aussi, besoin de faire des expériences *physiques* pour retrouver un sens viscéral du contrôle ? Et pouvait-on leur apprendre à se déplacer dans l'espace pour échapper à une situation menaçante, telle que le traumatisme où ils avaient été piégés ? Comme on le verra dans la cinquième partie de ce livre, consacrée au traitement, c'est une des conclusions auxquelles je suis finalement parvenu.

D'autres études animales – sur des souris, des rats, des chats, des singes et des éléphants – ont fourni des données encore plus fascinantes¹⁰. Par exemple, quand des chercheurs provoquent un bruit intrusif, des souris élevées dans un nid chaud, avec de la nourriture en abondance, se sauvent aussitôt dans leur trou. Mais un autre groupe de souris, élevé dans un nid bruyant avec une maigre pitance, s'enfuit aussi dans son gîte, même après avoir passé du temps dans un environnement plus plaisant¹¹.

Les animaux effrayés retournent dans leur tanière, qu'elle soit rassurante ou effrayante. Cela m'a fait penser à mes patients de familles violentes, qui ne cessaient d'y revenir pour y subir de nouveaux coups. Les traumatisés sont-ils condamnés à chercher refuge dans un cadre familial ? Si oui, pourquoi ? Et peut-on les aider à s'attacher à des lieux et à des habitudes agréables et sûrs¹² ?

LA DÉPENDANCE AU TRAUMATISME : LA DOULEUR DU PLAISIR ET LE PLAISIR DE LA DOULEUR

Une des choses qui nous ont frappés, mon collègue Mark Greenberg et moi, quand nous avons créé des groupes de thérapie pour des vétérans du Vietnam, était que, malgré leur horreur et leur peine, beaucoup s'animaient en parlant de leurs amis mourants ou de leurs accidents d'hélicoptère. (Chris Hedges, un reporter du *New York Times* qui a couvert de nombreux combats, a intitulé son livre *La guerre est une force qui nous fournit du sens*¹³.) De nombreux traumatisés semblent rechercher des expériences qui effraieraient la plupart des gens¹⁴, et se plaignent souvent d'une impression de vide

et d'ennui quand ils ne sont pas en colère, sous pression, ou pris par une activité dangereuse.

À l'âge de seize ans, ma patiente Julia a été sauvagement violée sous la menace d'une arme, dans une chambre d'hôtel. Peu après, elle a eu une liaison avec un souteneur qui l'a forcée à se prostituer. Il la battait régulièrement. Plusieurs fois emprisonnée pour racolage, elle est toujours revenue à son proxénète. Finalement, ses grands-parents sont intervenus, lui offrant une cure de sevrage intensif qui, dans un premier temps, a réussi : elle a commencé à travailler comme réceptionniste et à étudier à l'université. Puis, dans un cours de sociologie, elle a écrit un devoir sur les possibilités libératrices de la prostitution, pour lequel elle avait lu les mémoires de professionnelles notoires. Peu à peu, elle a laissé tomber toutes ses autres matières. Une brève relation avec un camarade de fac a mal tourné – il l'ennuyait à mourir, disait-elle, et ses caleçons la répugnaient. Sur quoi, elle a ramassé un drogué dans le métro, qui l'a d'abord tabassée, puis s'est mis à la harceler. Après avoir été encore gravement battue, elle a décidé de reprendre son traitement.

Freud avait une expression pour désigner ces reconstitutions traumatiques : la « compulsion de répétition ». Pour lui et nombre de ses disciples, les récidives étaient une tentative inconsciente et vaine d'enrayer une situation pénible, d'arriver à la maîtriser. Mais la répétition ne mène qu'à un surcroît de souffrance et de haine de soi. En fait, revivre plusieurs fois le traumatisme en thérapie peut même renforcer la préoccupation et l'obsession.

Confrontés à ce problème, Mark Greenberg et moi avons voulu en apprendre davantage sur les facteurs d'attraction : les choses qui nous séduisent, nous motivent et nous rendent pleinement vivants. Normalement, ces facteurs sont censés apporter un mieux-être. Pourquoi, alors, tant de gens sont-ils attirés par des situations dangereuses ou douloureuses ? Nous avons fini par trouver une étude qui expliquait comment des pratiques sources de peur ou de douleur peuvent devenir, avec le temps, des expériences excitantes¹⁵ : dans les années 1970, Richard Solomon, de l'université de Pennsylvanie,

a montré que le corps apprend à s'adapter à toutes sortes de stimuli. On peut devenir accro à des drogues euphorisantes parce qu'elles donnent aussitôt un plaisir intense, mais des sports comme le marathon ou le parachutisme, qui créent d'abord un inconfort – voire de la terreur –, peuvent se changer peu à peu en pratiques délicieuses. Cette adaptation progressive indique qu'un nouvel équilibre chimique s'est formé dans le corps pour lui offrir une sensation de bien-être quand on le pousse jusqu'à ses limites.

À ce stade, comme dans la dépendance à la drogue, on se met à avoir terriblement soif de cette activité, et on éprouve un manque quand on ne peut pas s'y livrer. À la longue, la douleur du manque en vient à préoccuper davantage que la chose en soi. Cette théorie pourrait expliquer pourquoi certaines personnes engagent quelqu'un pour les frapper, ou ne sont attirées que par les gens qui les maltraitent. La peur et l'aversion peuvent, d'une certaine manière perverse, se changer en plaisir.

Solomon a formulé l'hypothèse que les endorphines – les substances chimiques proches de la morphine que le cerveau sécrète en réaction au stress – jouent un rôle dans les addictions paradoxales qu'il a décrites. J'ai repensé à cette théorie quand j'ai découvert en bibliothèque un article intitulé « La douleur chez les hommes blessés au combat », paru en 1946. Après avoir observé que trois quarts des soldats gravement blessés sur le front italien n'avaient pas eu besoin de morphine, son auteur, le chirurgien Henry K. Beecher, présumait que les « émotions fortes peuvent bloquer la douleur¹⁶ ».

Les observations de Beecher s'appliquaient-elles aux personnes souffrant d'un SSPT ? Pour tenter de le savoir, Mark Greenberg, Scott Orr, Roger Pitman et moi avons décidé de soumettre, avec leur accord, huit vétérans du Vietnam à un test de douleur standard : un stimulus pénible, délivré tandis qu'ils regardaient différentes scènes de film. La première était tirée d'un film très violent, *Platoon*, d'Oliver Stone (1986). Lors de sa projection, nous avons mesuré le temps qu'ils pouvaient passer une main plongée dans un seau d'eau glacée. Puis nous avons réitéré l'expérience avec une

scène d'un film paisible (et depuis longtemps tombé dans l'oubli). Durant la séquence de *Platoon*, sept des huit vétérans ont gardé leur main dans l'eau glacée nettement plus longtemps (30 %) que pendant l'extrait suivant. Nous avons calculé que la quantité d'analgésie produite par la vue d'un film de guerre était équivalente à celle générée par huit milligrammes de morphine, soit la dose injectée aux urgences pour une terrible douleur thoracique.

Nous en avons conclu que la capacité des émotions fortes à bloquer la douleur – l'hypothèse avancée par Beecher – était due à la libération des substances proches de la morphine sécrétées dans le cerveau. Cela semblait indiquer que, pour de nombreux traumatisés, une réexposition au stress pouvait apporter à l'anxiété un soulagement comparable¹⁷. C'était une expérience intéressante, mais elle n'expliquait pas entièrement pourquoi Julia continuait à retourner auprès de son maquereau violent.

CALMER LE CERVEAU

En 1985, le séminaire de l'université américaine de psychopharmacologie a été, si tant est que ce fût possible, encore plus passionnant que l'année précédente. Le professeur Jeffrey Gray, du King's College de Londres, a prononcé une conférence sur l'amygdale – un groupe de neurones qui déterminent si un son, une image ou une sensation est perçu comme une menace¹⁸. Les données recueillies montraient que la sensibilité de l'amygdale dépendait, du moins en partie, de sa teneur en sérotonine. Les animaux qui en présentaient un faible taux étaient hypersensibles aux stimuli stressants (comme les bruits forts), alors qu'une plus forte concentration en sérotonine calmait leur système de la peur – les rendant moins susceptibles de réagir par l'agressivité ou la paralysie à des menaces éventuelles.

Cette découverte m'a paru capitale. Mes patients explosaient toujours face à de petites provocations, et le moindre rejet les anéantisait. J'ai été fasciné par le rôle que la sérotonine pouvait jouer dans le SSPT. D'autres chercheurs avaient montré que les singes mâles

dominants avaient dans le cerveau un taux bien plus élevé de sérotonine que les singes subalternes, mais que ce taux baissait quand on les empêchait de soutenir le regard des singes qu'ils avaient toisés jusque-là. À l'inverse, les singes subordonnés auxquels on donnait des compléments de sérotonine prenaient la direction du groupe¹⁹. Le milieu social interagit avec la chimie cérébrale. Manipuler un singe pour le rabaisser dans la hiérarchie du pouvoir fait chuter son taux de sérotonine, alors qu'augmenter chimiquement cette hormone chez les singes subalternes les élève dans l'échelle de dominance.

Les conséquences pour les victimes de traumatisme étaient évidentes. Comme les animaux à faible taux de sérotonine étudiés par Gray, ils étaient hyper-réactifs, et leur capacité à s'en sortir socialement était souvent altérée. Dès lors, je me suis dit que, si on parvenait à augmenter le taux de sérotonine dans leur cerveau, on arriverait peut-être à traiter les deux problèmes simultanément. À ce même séminaire de 1985, j'ai appris que des compagnies pharmaceutiques étaient en train d'élaborer deux produits dans ce but précis ; mais comme aucun n'était encore sur le marché, j'ai procédé à une brève expérience avec du L-tryptophane, un précurseur métabolique de la sérotonine (disponible dans les magasins diététiques) – avec des résultats décevants. L'un des médicaments mis à l'étude n'a jamais été commercialisé. L'autre était la fluoxétine qui, sous la marque Prozac, est devenue un des produits psychoactifs les plus efficaces de l'histoire.

Le lundi 8 février 1988, le Prozac a été mis en vente par le laboratoire Eli Lilly. Ma première patiente du jour était une jeune fille victime de graves sévices dans son enfance, qui se débattait alors avec la boulimie : elle passait une bonne partie de sa vie à se gaver et à se faire vomir. Je lui ai prescrit ce tout nouveau médicament et, à son rendez-vous du jeudi, elle m'a dit : « Ces derniers jours ont été très différents : j'ai mangé quand j'avais faim et, le reste du temps, j'ai fait mon travail scolaire. » Je n'avais jamais entendu une telle déclaration dans mon cabinet.

Le vendredi, j'ai reçu une autre patiente à qui j'avais prescrit du Prozac en début de semaine. Une femme chroniquement dépressive, mère de deux enfants, qui était préoccupée par ses défaillances conjugales et maternelles, et écrasée par les exigences de ses parents qui l'avaient gravement maltraitée dans sa jeunesse. Après quatre jours sous Prozac, elle m'a demandé si elle pouvait sauter son rendez-vous suivant qui tombait un jour férié. « Je n'ai jamais emmené mes enfants skier – c'est toujours mon mari qui le fait –, m'a-t-elle expliqué, et ce jour-là ils seront en congé. Ce serait vraiment bien qu'ils aient quelques bons souvenirs d'un moment de détente avec moi. »

Cette femme avait toujours eu du mal à tenir le coup, ne serait-ce qu'une journée... Après son rendez-vous, j'ai appelé un de mes contacts chez Eli Lilly pour lui dire : « Vous avez un médicament qui aide les gens à vivre dans le présent, au lieu d'être enfermés dans le passé. » Plus tard, ce laboratoire m'a donné une petite subvention pour explorer les effets du Prozac sur le SSPT, la première étude sur l'action de ce type de médicaments sur les traumatisés. Le panel comprenait 31 patients de la clinique des anciens combattants, et 33 malades non vétérans de notre clinique du traumatisme. Pendant huit semaines, la moitié de chaque groupe a reçu du Prozac, l'autre moitié un placebo. L'étude a été conduite en double aveugle : pour que les évaluations ne soient pas faussées par des a priori, les chercheurs comme les patients ignoraient quelle substance était administrée.

Au terme de l'étude, l'état de chaque sujet – y compris ceux qui avaient pris un placebo – s'était amélioré, du moins dans une certaine mesure. La plupart des recherches menées sur le traitement du SSPT font ressortir un effet significatif du placebo. Les gens qui ont le courage de collaborer à une étude non rémunérée, où ils subissent des piqûres et n'ont qu'une chance sur deux d'ingérer un produit actif, sont foncièrement motivés pour résoudre leur problème. Ils ne sont peut-être récompensés que par l'attention qu'on leur prête, l'occasion qui leur est donnée d'exprimer ce qu'ils pensent et ce qu'ils ressentent – mais peut-être les baisers d'une mère pour adoucir les bobos de son enfant sont-ils aussi « juste » des placebos.

Pour les patients de la clinique du traumatisme, le Prozac a nettement mieux marché que le produit sans principe actif. Ils dormaient plus profondément, contrôlaient mieux leurs émotions, et le passé les préoccupait moins que les malades sous placebo²⁰. Mais, chose étonnante, le Prozac n'a eu aucun effet sur les patients de la clinique des anciens combattants : leurs symptômes de stress post-traumatique sont restés inchangés. Ces résultats se sont vérifiés dans toutes les études pharmacologiques ultérieures sur les vétérans : même si certains ont montré de légers progrès, leur état ne s'est pas amélioré sous médicament. Je n'ai jamais réussi à éclaircir ce mystère, et je ne peux pas accepter l'explication la plus courante selon laquelle percevoir une retraite militaire ou une pension d'invalidité empêcherait d'aller mieux. Après tout, l'amygdale ne sait rien des allocations sociales : elle ne fait que détecter les menaces.

Les médicaments de type Prozac et apparentés – Zoloft, Celexa, Cymbalta et Paxil – ont toutefois apporté une contribution substantielle au traitement des troubles liés au traumatisme. Dans notre étude sur le Prozac, nous avons utilisé le test de Rorschach pour évaluer comment les traumatisés percevaient leur environnement. Ces données nous ont fourni un indice important sur la manière dont cette classe de médicaments pouvait marcher (les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine, ou ISRS). Avant de prendre du Prozac, ces patients étaient complètement sous l'empire de leurs émotions. Je pense, par exemple, à une Néerlandaise venue me consulter parce qu'elle avait été violée dans son enfance, sûre que j'allais l'agresser dès qu'elle a entendu mon accent hollandais. Le Prozac a créé un changement radical : il a permis aux gens qui souffraient d'un SSPT de mettre les choses en perspective²¹, et les a considérablement aidés à maîtriser leurs impulsions. Jeffrey Gray avait probablement raison : quand leur taux de sérotonine s'élevait, nombre de mes patients devenaient moins réactifs.

LE TRIOMPHE DE LA PHARMACOLOGIE

Il n'a pas fallu longtemps pour que la pharmacologie révolutionne la psychiatrie. Les médicaments augmentaient le sentiment d'efficacité des psychiatres et leur offraient un outil en plus de la psychothérapie. Ils étaient aussi source de revenus et de profits. Grâce aux subventions de l'industrie pharmaceutique, nous avons pu avoir des laboratoires remplis d'instruments sophistiqués et d'étudiants passionnés. Les services de psychiatrie, qui avaient toujours été placés dans les sous-sols des hôpitaux, ont commencé à gagner à la fois des étages et du prestige.

Le centre de santé mentale du Massachusetts a été l'un des symboles de cette mutation : au début des années 1990, sa piscine a été comblée pour faire place à un laboratoire et son terrain de basket divisé en box, destinés à la clinique pharmacologique. Pendant des décennies, les médecins et les patients avaient partagé démocratiquement le plaisir de s'éclabousser dans la piscine et de se passer le ballon. Moi-même, j'avais passé des heures au gymnase du temps où j'étais employé dans le service. C'était le seul endroit où l'on pouvait retrouver une sensation de bien-être, une oasis au milieu des souffrances auxquelles on était confronté chaque jour. C'était maintenant devenu un endroit où on allait « réparer » les patients.

La révolution médicamenteuse, qui avait été, au départ, si prometteuse, a peut-être fait, en définitive, autant de mal que de bien. La théorie voulant que la maladie mentale soit principalement due à des déséquilibres chimiques, rectifiables par des médicaments, a été largement acceptée non seulement par la profession médicale, mais par le public et les médias²². Bien souvent, les médicaments ont supplanté la psychothérapie et permis aux patients d'enrayer leurs problèmes sans s'attaquer aux causes non visibles. Les antidépresseurs peuvent changer la vie en aidant à fonctionner au quotidien : si, pour pouvoir dormir, on en est réduit à enchaîner les verres ou à prendre un somnifère, le choix est vite fait. Les médicaments

peuvent grandement soulager les gens qui s'épuisent en cours de yoga, en séances de gym, ou essayent de tenir. Les ISRS contribuent précieusement à rendre les traumatisés moins esclaves de leurs émotions, mais ils ne devraient être considérés que comme des traitements d'appoint²³.

Après avoir mené de nombreuses études sur les traitements médicamenteux du SSPT, j'ai fini par comprendre qu'ils présentaient un grave inconvénient, car ils mènent souvent à négliger les problèmes cachés à l'arrière-plan. La notion de maladie mentale prive les patients du contrôle de leur destin, et charge les médecins et les assurances de régler leurs problèmes.

Au cours des trente dernières années, les psychotropes sont devenus un pilier de notre culture, avec des conséquences discutables. Prenez le cas des antidépresseurs. S'ils étaient aussi efficaces qu'on a voulu nous le faire croire, la dépression devrait être aujourd'hui un problème mineur dans notre société. Au contraire, bien que leur usage continue d'augmenter, les séjours hospitaliers pour dépression n'ont pas diminué. Le nombre de gens soignés pour dépression a doublé en vingt ans et, aujourd'hui, un Américain sur dix prend des antidépresseurs²⁴.

Les antipsychotiques de nouvelle génération, comme l'Abilify, le Risperdal, le Zyprexa et le Seroquel, font partie des médicaments les plus vendus aux États-Unis. En 2012, les Américains ont dépensé 1 526 228 000 dollars en Abilify, plus que pour tout autre médicament. Le numéro trois était le Cymbalta, un antidépresseur dont les ventes ont dépassé un milliard de dollars²⁵, même si sa supériorité sur des produits plus anciens – comme le Prozac, disponible sous des formes génériques moins coûteuses – n'a jamais été prouvée. Medicaid, le programme d'assurance maladie américain pour les plus démunis, dépense davantage en antipsychotiques qu'en toute autre classe de médicaments²⁶. En 2008, l'année la plus récente pour laquelle on dispose de chiffres complets, il a financé 3,6 milliards d'antipsychotiques, contre 1,65 milliard en 1999. Le nombre d'Américains de moins de vingt ans qui prennent des

antipsychotiques couverts par Medicaid a triplé entre 1999 et 2008. Le 4 novembre 2013, la compagnie pharmaceutique Johnson & Johnson, accusée de promouvoir abusivement le Risperdal pour les personnes âgées, les enfants et les déficients intellectuels, a accepté de payer, dans le cadre d'un règlement à l'amiable, une amende de 2,2 milliards de dollars²⁷. Mais personne ne demande des comptes aux médecins qui en ont prescrit.

Actuellement, aux États-Unis, un demi-million d'enfants prend des antipsychotiques – et quatre fois plus dans les familles à faible revenu que dans les foyers contractant des assurances privées. Ces médicaments sont fréquemment utilisés pour rendre plus dociles les enfants maltraités et délaissés. En 2008, des antipsychotiques couverts par Medicaid ont été prescrits à 19 045 enfants de moins de cinq ans²⁸. Une étude, fondée sur les données de Medicaid dans treize États de l'Union, a révélé que 12,4% des enfants placés dans des familles d'accueil prenaient des antipsychotiques, contre 1,4% de l'ensemble des enfants assurés Medicaid^{29*}. Ces médicaments les rendent plus raisonnables et moins agressifs, mais nuisent aussi à la motivation, au jeu et à la curiosité, qui sont essentiels pour devenir un membre efficace et productif de la société. Les enfants qui prennent des antipsychotiques risquent, en outre, de souffrir d'obésité morbide et de contracter un diabète – et, pendant ce temps, les overdoses de médicaments qui allient des indications psychiatriques et des effets antalgiques continuent d'augmenter³⁰.

Comme les médicaments sont devenus très rentables, les grandes revues médicales publient rarement des études sur les autres

* La consommation française de psychotropes et d'antidépresseurs n'est pas particulièrement élevée par rapport à celle des autres pays riches. Celle d'anxiolytiques et d'hypnotiques est plus forte (10 fois plus qu'en Allemagne, par exemple). Chez les enfants, pour le TDAH, le nombre de boîtes de Ritaline remboursées a été multiplié par 3,3 entre 2002 et 2011. Quant à la prescription d'antipsychotiques aux enfants, les chiffres sont extrêmement difficiles d'accès. (N.D.E)

traitements des problèmes de santé mentale³¹. En général, les praticiens qui les explorent sont marginalisés, relégués parmi les tenants des médecines « alternatives ». Les études sur ces thérapies ne sont pas financées, sauf si elles s'inscrivent dans des protocoles, étroitement encadrés, qui ne permettent guère d'affiner les besoins individuels. La médecine dominante est fermement convaincue des vertus de la chimie pour l'amélioration de la vie, et prend rarement en compte le fait que l'on puisse changer les fonctions et l'équilibre de l'organisme par d'autres moyens.

ADAPTATION OU MALADIE

Le canon de la maladie mentale néglige quatre vérités fondamentales : 1) Notre aptitude à nous entretenir est compensée par notre capacité à nous guérir les uns les autres. Rétablir les relations et la communauté est capital pour la restauration du bien-être ; 2) Le langage nous donne le pouvoir d'évoluer et de changer les autres en communiquant nos expériences, ce qui nous aide à les définir et à leur trouver un sens commun ; 3) Nous possédons la faculté de réguler les rouages de notre organisme, dont certaines fonctions prétendent involontaires de notre cerveau, par des activités aussi élémentaires que la respiration, le mouvement et le toucher ; 4) Nous pouvons transformer les conditions sociales pour créer des cadres où les enfants et les adultes peuvent s'épanouir en se sentant en sécurité.

Quand nous ignorons ces dimensions essentielles de l'humanité, nous privons les malades de moyens de guérir du traumatisme et de retrouver leur autonomie. Être un patient, plutôt qu'un participant dans son processus de guérison, sépare un être souffrant de sa communauté et le dépossède d'un sentiment intérieur du moi. Compte tenu des limites des médicaments, je me suis demandé si nous pouvions trouver des moyens plus naturels d'aider les gens à affronter leurs réactions post-traumatiques.

VISUALISER LE CERVEAU : LA RÉVOLUTION DES NEUROSCIENCES

« Si on pouvait regarder, à travers le crâne, le cerveau d'une personne qui pense consciemment, et si la zone d'excitabilité optimale était lumineuse, on devrait distinguer, jouant sur la surface cérébrale, un point brillant aux bords ondulants et à la forme sans cesse changeante, entouré d'une obscurité plus ou moins profonde qui couvre le reste de l'hémisphère. »

Ivan Pavlov

« On remarque beaucoup de choses en observant. »

Yogi Berra*

Au début des années 1990, les techniques d'imagerie cérébrale ont permis des avancées prodigieuses dans la compréhension du traitement de l'information par le cerveau. Très vite, d'énormes machines, fondées sur la technologie informatique et la physique avancée, ont érigé les neurosciences en domaine de recherche des plus prisés. Grâce à la tomographie par émission de positons (ou TEP) et, plus tard, à l'imagerie par résonance magnétique fonctionnelle (IRMf), des savants ont pu visualiser l'activation de différentes parties du cerveau

* Joueur de base-ball américain (1925-2015), célèbre pour ses formules paradoxales et ses saillies humoristiques baptisées « yoggismes ». (N.D.T.)

quand on accomplit certaines tâches ou qu'on se rappelle les événements du passé. Pour la première fois, on a pu observer l'action du cerveau sur des souvenirs, des sensations et des émotions, et commencer à cartographier les circuits de l'esprit et de la conscience. La technique précédente de mesure des substances chimiques cérébrales, telles la sérotonine ou la noradrénaline, avait permis de voir ce qui *nourrissait* l'activité neuronale – un peu comme lorsqu'on tente de comprendre le moteur d'une voiture en étudiant l'essence. Avec la neuro-imagerie, on a pu mettre le nez dans le moteur – ce qui a transformé notre compréhension du traumatisme.

La faculté de médecine de Harvard a toujours été à la pointe de la révolution des neurosciences. En 1994, le jeune psychiatre Scott Rauch est devenu le premier directeur du laboratoire de neuro-imagerie de l'hôpital général du Massachusetts. Après avoir recensé les questions les plus pertinentes auxquelles cette nouvelle technologie pouvait répondre et lu quelques-uns de mes articles, Scott m'a demandé s'il était possible d'étudier ce qui se passe dans le cerveau des gens qui ont des flash-back.

Je venais juste d'achever une étude sur le mode de remémoration du traumatisme (qui sera abordée au chapitre 12), durant laquelle les participants m'avaient souvent dit combien il est pénible d'être soudain dérouté par des images, des sentiments et des sons du passé. Quand certains ont déclaré qu'ils aimeraient savoir quel tour leur cerveau leur jouait pendant ces flash-back, j'ai proposé à huit d'entre eux de s'allonger dans un scanner (une expérience toute nouvelle, que je leur ai décrite en détail) pendant qu'on recréerait une scène des événements pénibles qui les hantaient. À ma grande surprise, ils ont tous accepté, en exprimant l'espoir que l'exploration de leur souffrance aiderait d'autres gens.

Dans un premier temps, mon assistante de recherche, Rita Fisler (qui travaillait avec nous avant de faire sa médecine), s'est employée à construire avec eux des scénarios qui reproduiraient leur traumatisme. Nous avons délibérément cherché à glaner des bribes d'expérience isolées – des images, des sons et des sentiments particuliers – plutôt que

l'histoire intégrale, car le traumatisme se vit de manière fragmentée. De plus, Rita a demandé à chacun de décrire une scène où il se sentait calme et en sécurité. L'un d'eux a décrit ses habitudes matinales; un autre, un moment de sérénité dans la véranda d'une ferme dominant les collines du Vermont. Ce scénario nous a servi d'étalon de référence pour une deuxième scanographie.

Après avoir vérifié l'exactitude de leurs textes (en lisant en silence, ce qui est moins oppressant qu'écouter ou parler), les sujets se sont soumis à un enregistrement de voix qui leur serait diffusé pendant leur passage dans le scanner.

Voici un scénario typique : Vous avez six ans et vous vous apprêtez à aller au lit. Vous entendez vos parents se hurler dessus. Vous êtes effrayé, l'estomac noué, blotti en haut de l'escalier avec votre sœur et votre frère cadet. En regardant par-dessus la rampe, vous voyez votre mère tenter de se libérer de l'emprise de votre père. Elle crie, siffle et crache comme un animal. Vous êtes brûlant, le visage rouge. Quand elle se dégage, elle court dans le salon et brise un précieux vase de Chine. Vous criez à vos parents de s'arrêter, mais ils n'écoutent pas. Votre mère fonce en haut de l'escalier, vous dépasse et fracasse un téléviseur. Votre sœur et votre petit frère tentent de l'aider à se cacher dans un placard. Vous tremblez, le cœur battant.

Au début de la première séance, nous avons expliqué aux patients l'usage de l'oxygène réactif qu'ils allaient respirer pendant l'expérience : quand une partie du cerveau devient métaboliquement active, son taux de consommation d'oxygène change très vite, ce qui serait détecté au scanner. Tout au long de la procédure, nous allions contrôler leur tension artérielle et leur rythme cardiaque, pour pouvoir comparer ces signes physiologiques avec leur activité cérébrale.

Quelques jours plus tard, les patients sont venus au laboratoire d'imagerie. Marsha, une enseignante de la banlieue de Boston, a été la première à subir un scanner. Son scénario l'a ramenée au jour, treize ans plus tôt, où elle était allée chercher sa fille de cinq ans au centre aéré. En faisant démarrer sa voiture, elle avait entendu un bip

persistant, indiquant que la ceinture de sécurité de l'enfant n'était pas bien fixée. Quand elle avait tendu la main pour le faire, elle avait brûlé un feu rouge. Une voiture avait percuté la sienne, tuant sa fille sur le coup. Dans l'ambulance qui l'emmenait aux urgences, Marsha, enceinte de sept mois, avait aussi perdu son bébé.

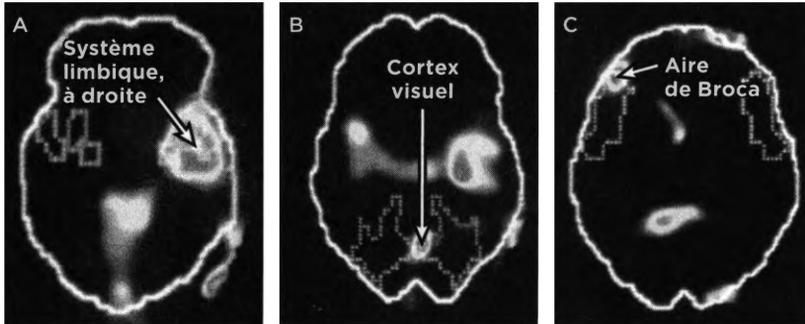
Du jour au lendemain, cette mère boute-en-train s'était changée en femme dépressive, rongée par la culpabilité. Elle avait quitté l'enseignement pour un poste administratif, car travailler avec des enfants lui était devenu insupportable – comme pour de nombreux parents en deuil, leur rire joyeux était devenu un puissant détonateur. Même en se cachant derrière ses tâches de bureau, elle arrivait à peine à tenir. Pour essayer – en vain – de garder ses sentiments à distance, elle travaillait jour et nuit.

Debout à côté du scanner, j'ai suivi ses réactions physiologiques sur un écran. Dès qu'on a enclenché le magnétophone, son cœur s'est emballé et sa tension est montée en flèche. Le simple fait d'entendre son scénario a activé les mêmes réactions physiologiques que lors de l'accident, treize ans auparavant. Une fois l'enregistrement diffusé, quand sa tension et son rythme cardiaque se sont normalisés, nous lui avons passé son deuxième scénario : celui où elle sortait du lit et se lavait les dents. Cette fois, son rythme cardiaque et sa tension sont restés inchangés.

En sortant du scanner, Marsha était défaite, figée et les traits tirés. La respiration courte, les yeux écarquillés et les épaules voûtées, elle offrait l'image même de la vulnérabilité. Nous avons tenté de la reconforter, mais je me suis demandé si ce que nous avons pu découvrir valait la peine d'avoir réveillé sa détresse.

Une fois tous les sujets soumis à l'expérience, Scott Rauch, aidé par des mathématiciens et des statisticiens, a créé des images composites, permettant de comparer l'excitation créée par un flash-back avec le cerveau à l'état neutre. Au bout de plusieurs semaines, il m'a envoyé les résultats ci-après. Je les ai collés sur le réfrigérateur de ma cuisine et, pendant quelques mois, je les ai regardés tous les soirs. L'idée m'est venue que les premiers astronomes avaient dû être

pareillement fascinés quand ils observaient une nouvelle constellation au télescope.



Imagerie du cerveau traumatisé. Des points brillants, dans le système limbique (A) et le cortex visuel (B), montrent une activation accrue. À la fin, le centre de la parole du cerveau (C) témoigne d'une activation nettement réduite.

Ces images comportaient quelques points et couleurs insolites, mais la plus grande zone d'activation cérébrale – une tache rouge formée par le système limbique, au centre droit du cerveau – ne m'a pas étonné. Il était déjà bien connu que le système limbique – notamment une de ses parties, l'amygdale – est activé par les émotions fortes. C'est l'amygdale qui nous prévient d'un danger imminent en activant la réaction de stress de l'organisme. Notre étude a clairement montré que, chez les traumatisés confrontés à des pensées, des images ou des sons liés à leur choc initial, l'amygdale réagit en donnant l'alarme – même, comme chez Marsha, treize ans après le drame. L'activation de ce centre de la peur déclenche la cascade d'hormones du stress et d'influx nerveux qui augmentent la tension artérielle, le rythme cardiaque et la prise d'oxygène – préparant le corps à lutter ou à fuir¹. Les moniteurs attachés aux bras de Marsha ont enregistré cet état d'affolement physiologique, bien qu'elle n'ait jamais vraiment oublié qu'elle était à l'abri dans un scanner.

EN ÊTRE MUET D'HORREUR

Notre découverte la plus étonnante a été une tache blanche dans le lobe frontal gauche du cortex, dans une région nommée « aire de Broca » – une teinte qui révélait une forte baisse d'activité dans cette zone. L'aire de Broca est un des centres de la parole du cerveau, qui est souvent affecté après un AVC quand son irrigation sanguine est coupée. Si elle ne fonctionne pas, on ne peut pas verbaliser les sentiments et les pensées. Les images obtenues au scanner ont montré qu'elle se déconnectait chaque fois qu'un flash-back était déclenché. En d'autres termes, nous avons une preuve visuelle du fait que les effets du traumatisme ne sont pas forcément différents de ceux des lésions physiques comme les AVC – et qu'ils peuvent même se recouper.

Tout traumatisme est infraverbal. Shakespeare rend bien cet état d'horreur muette dans *Macbeth*, après la découverte du corps du roi assassiné : « Ô horreur ! Horreur ! Horreur ! Il n'est ni langue ni cœur qui puisse te concevoir ou te nommer ! [...] Le chaos vient de faire son chef-d'œuvre* . » Dans des conditions extrêmes, les hommes peuvent crier des obscénités, appeler leur mère, hurler de terreur – ou juste se fermer. Aux urgences, des victimes d'agressions restent silencieuses et figées. Des enfants traumatisés « perdent leur langue », refusant de parler. Des photos de soldats montrent des êtres au regard vide et aux yeux caves.

Même des années après le choc initial, les traumatisés ont souvent bien du mal à dire ce qu'ils ont traversé. Leur corps revit la terreur, l'impuissance et le réflexe de lutte ou de fuite, mais ces impressions sont presque impossibles à exprimer. Le traumatisme, par nature, pousse les hommes à la limite de la compréhension, les coupant d'un langage fondé sur une expérience commune ou d'un passé imaginable.

* W. Shakespeare, *Macbeth*, coll. « Librio Théâtre », Paris, J'ai Lu, 2016, trad. de François-Victor Hugo. (N.D.T.)

Cela ne veut pas dire qu'ils ne peuvent pas parler de la tragédie qui les a frappés. Tôt ou tard, la plupart des rescapés, comme les vétérans cités au chapitre 1, inventent ce qu'ils nomment souvent leur « histoire officielle », qui donne aux autres une certaine explication de leur comportement et de leurs symptômes. Mais ces histoires reflètent rarement leur vérité intime. Il est extrêmement difficile d'ordonner son vécu traumatique en un récit cohérent comprenant un début, un milieu et une fin. Même un reporter chevronné comme le célèbre correspondant de CBS, Ed Murrow, a eu peine à décrire les atrocités qu'il a découvertes, en 1945, à la libération de Buchenwald : « J'espère que vous croirez ce que j'ai dit, a-t-il déclaré. J'ai rapporté ce que j'ai vu et entendu, mais seulement en partie. Pour le reste, je n'ai pas de mots. »

Lorsque les mots manquent, des images obsédantes captent l'expérience et reviennent sous forme de cauchemars et de flash-back. Chez les sujets de notre étude, pendant que l'aire de Broca se désactivait, une autre zone cérébrale « s'allumait » : l'aire 19 de Brodmann, une région du cortex visuel qui enregistre les images entrant pour la première fois dans le cerveau. Nous avons été surpris de la voir s'activer aussi longtemps après le traumatisme. Habituellement, les images brutes enregistrées dans l'aire 19 sont très vite diffusées dans d'autres zones du cerveau, où leur sens est interprété. À nouveau, nous avons vu une aire cérébrale se renflammer comme si le traumatisme avait lieu à l'instant.

D'autres fragments sensoriels bruts du traumatisme – sons, odeurs ou sensations physiques – sont aussi enregistrés séparément de l'histoire globale (j'y reviendrai au chapitre 12, qui traite de la mémoire). Des sensations semblables, perçues ultérieurement, déclenchent souvent un flash-back qui ramène ces bribes à la conscience, apparemment inchangées par le cours du temps.

« BASCULER » DANS UNE MOITIÉ DU CERVEAU

Les scanners ont aussi révélé que, pendant les flash-back, les cerveaux de nos sujets s'allumaient seulement du côté droit. Il existe aujourd'hui une vaste littérature, scientifique et populaire, sur la différence entre les hémisphères droit et gauche du cerveau. Au début des années 1990, j'avais entendu dire que certains avaient commencé à diviser le monde entre les « cerveaux gauches » (les esprits logiques, rationnels) et les « cerveaux droits » (les intuitifs, à l'esprit artistique), mais je n'avais pas prêté grande attention à cette idée. Or, nos scanners indiquaient nettement que les images d'un traumatisme passé désactivaient l'hémisphère gauche et activaient le droit.

Nous savons aujourd'hui que les deux moitiés du cerveau parlent bel et bien des langues différentes. L'hémisphère droit est intuitif, émotionnel, visuel, spatial et tactile, et le gauche linguistique, séquentiel et analytique. Alors que le gauche a le monopole de la parole, le droit véhicule la musique de l'expérience. Il communique via les expressions faciales, le langage corporel, et les sons de l'amour et de la peine : par le chant, la danse et les pleurs. L'hémisphère droit est le premier à se développer dans l'utérus, transmettant la communication non verbale entre la mère et l'enfant. On sait que le gauche, lui, s'est connecté quand un bébé se met à comprendre le langage et à apprendre à parler. Cela lui permet de nommer les choses, de les comparer, de saisir les interactions et de commencer à partager ses expériences subjectives.

Les deux moitiés du cerveau traitent aussi très différemment les empreintes du passé². L'hémisphère gauche se rappelle les faits, les statistiques et le vocabulaire des événements. Nous l'employons pour expliquer nos expériences et les classer. L'hémisphère droit stocke les souvenirs du toucher, des odeurs, des sons et des émotions qu'ils provoquent. Il réagit automatiquement aux voix, aux traits du visage, aux gestes et aux lieux connus dans le passé. Ce qu'il rappelle semble être une vérité intuitive : les choses telles qu'elles

sont. Nous pouvons être émus de parler à une amie d'une tante que nous avons aimée jadis, et notre émotion peut être accrue par la manière dont l'expression de cette amie reflète notre émotion³.

Normalement, les deux moitiés du cerveau collaborent à peu près harmonieusement, même chez les gens qui sont censés privilégier l'une ou l'autre. Mais avoir un hémisphère fermé, même temporairement, ou totalement coupé (ce qui s'est parfois produit lors des premières opérations cérébrales) est invalidant.

La désactivation de l'hémisphère gauche exerce un impact direct sur l'aptitude à ordonner l'expérience en séquences logiques et à traduire en mots les perceptions et les sentiments changeants. L'aire de Broca, celle qui s'éteint pendant les flash-back, se trouve à gauche. Sans ce tri, on ne peut pas identifier la cause et l'effet, comprendre la portée à long terme de ses actes, former des projets cohérents pour l'avenir. Les hommes extrêmement perturbés disent parfois qu'ils « perdent l'esprit ». En termes techniques, ils connaissent une éclipse de leur fonctionnement exécutif.

Lorsque des gens sont confrontés à une chose qui leur rappelle un traumatisme, leur hémisphère droit réagit comme si l'événement avait lieu dans le présent. Mais comme leur hémisphère gauche ne fonctionne pas très bien, ils peuvent n'être pas conscients de revivre le passé : ils sont juste furieux, terrifiés, honteux ou bloqués. Une fois l'orage émotionnel dissipé, ils peuvent chercher à l'attribuer à quelqu'un ou à quelque chose. Ils se sont conduits comme ça parce que *tu* avais dix minutes de retard, que *tu* as laissé brûler les pommes de terre, que *tu* ne m'écoutes jamais. Bien sûr, la plupart d'entre nous agissent parfois ainsi, mais quand nous nous calmons, nous pouvons – avec un peu de chance – reconnaître notre erreur. Le traumatisme empêche cette forme de conscience – et, avec le temps, notre recherche a démontré pourquoi.

SE TROUVER COINCÉ DANS LA LUTTE OU LA FUITE

Nous avons peu à peu compris ce qui était arrivé à Marsha dans le scanner. Treize ans après son drame, nous avons activé les sensations – les sons et les images de l'accident – qui étaient restées enregistrées dans sa mémoire. Quand elles ont refait surface, elles ont déclenché son système d'alarme, la faisant réagir comme à l'instant où on lui avait annoncé la mort de sa fille – toutes les années, entre-temps, s'étaient envolées. La hausse brutale de sa tension et de son rythme cardiaque reflétait son affolement physiologique.

L'adrénaline fait partie des hormones qui jouent un rôle crucial dans la réaction de lutte ou de fuite. C'est une poussée d'adrénaline qui avait emballé le cœur des sujets de notre étude pendant qu'ils écoutaient le récit de leur traumatisme. D'habitude, les gens réagissent à la menace par une hausse temporaire de leur taux d'hormones du stress. Une fois le danger passé, ces hormones se dissipent et leur corps revient à la normale. Mais chez les traumatisés, les hormones du stress mettent plus longtemps à retrouver leur niveau de référence, et s'enflamment à l'excès face à des stimuli modérément stressants. Quand elles sont élevées en permanence, cela cause des effets insidieux – irritabilité, problèmes d'attention et de mémoire, et troubles du sommeil – qui contribuent à leur tour à créer de nombreuses maladies chroniques, selon le degré de vulnérabilité de l'organisme.

Nous savons aujourd'hui que, face à la menace, il existe une autre réaction possible que les scanners ne peuvent pas encore détecter. Certaines personnes versent simplement dans le déni. Leur corps enregistre le danger, mais leur conscience persiste à fonctionner comme si de rien n'était. Or, même si l'esprit peut apprendre à ignorer les messages du cerveau émotionnel, les signaux d'alarme, eux, ne cessent pas. Les hormones du stress s'acharnent à les envoyer aux muscles, pour qu'ils se bandent dans l'action ou s'immobilisent

dans l'effondrement. Les conséquences physiques sur les organes s'accumulent jusqu'à se faire sentir par la maladie. Les médicaments, la drogue et l'alcool peuvent aussi provisoirement émousser, voire effacer, les sensations ou les sentiments insupportables. Mais le corps continue à accuser les coups.

On peut interpréter ce qui est arrivé à Marsha dans le scanner selon diverses perspectives, qui ont chacune des conséquences sur le traitement. Si l'on se concentre sur ses troubles évidents, on pourrait dire qu'elle souffrait d'un déséquilibre biochimique qui était ravivé par chaque rappel de la mort de sa fille – et donc rechercher un produit, ou un cocktail de médicaments, qui puisse calmer sa réaction ou, dans le meilleur des cas, rétablir son équilibre chimique. À partir des résultats de ces scanners, certains de mes collègues de l'hôpital général du Massachusetts ont commencé à étudier des médicaments modérateurs de la réactivité aux effets des poussées d'adrénaline.

On peut aussi avancer que Marsha était hypersensible à ses souvenirs et qu'une forme de désensibilisation serait le traitement le plus adapté⁴. Répéter les détails de son traumatisme avec l'aide d'un thérapeute pourrait atténuer ses réactions biologiques, ce qui lui permettrait d'intégrer qu'il appartient au passé au lieu de le revivre éternellement.

Pendant plus d'un siècle, selon tous les manuels de psychothérapie, parler des sentiments pénibles permettait d'en venir à bout. Or, nous l'avons vu, l'expérience même du traumatisme entrave l'aptitude à en parler. Une personne aura beau développer son intuition et sa compréhension, son cerveau rationnel sera toujours foncièrement incapable de détourner son cerveau émotionnel de sa réalité. Je ne cesse d'être impressionné par l'extrême difficulté des gens qui ont traversé l'indicible à exprimer l'essence de cette épreuve. Il leur est beaucoup plus facile de parler de ce qu'on leur a infligé – de raconter l'histoire dans laquelle ils ont été victimes ou dont ils voudraient se venger – que de repérer, de ressentir, de mettre en mots leur expérience intime.

Les scanners de nos sujets ont révélé à quel point la terreur persistait en eux et pouvait être déclenchée par de multiples aspects du quotidien. Ils n'avaient pas intégré leur expérience passée dans le flux continu de leur vie. Ils restaient toujours « là-bas » et ne savaient pas comment être « ici » – pleinement vivants dans le présent.

Trois ans après avoir participé à notre étude, Marsha m'a demandé à suivre une thérapie. Je l'ai soignée avec succès par l'EMDR, qui fera l'objet du chapitre 15.

II

**LE CERVEAU
TRAUMATISÉ DANS
TOUS SES ÉTATS**

SAUVE QUI PEUT : L'ANATOMIE DE LA SURVIE

« Avant l'arrivée du cerveau, il n'y avait pas de sons ni de couleurs dans l'univers, pas de saveurs ni d'arômes, sans doute peu de sensations, aucun sentiment et nulle émotion. Avant la venue du cerveau, le monde ne connaissait pas non plus l'angoisse et la douleur. »

Roger Sperry¹

Le 11 septembre 2001, le petit Noam, cinq ans, a vu par les fenêtres de son école maternelle un avion s'écraser contre le World Trade Center, à cinq cents mètres de là. Avec ses camarades et sa maîtresse, il a dévalé l'escalier jusqu'à l'entrée où la plupart des enfants ont retrouvé leurs parents, qui les avaient déposés à l'école quelques instants plus tôt. Noam, son frère aîné et leur père ont fait partie des dizaines de milliers de personnes qui se sont sauvées à travers les décombres, les cendres et la fumée de South Manhattan ce matin-là.

Dix jours plus tard, j'ai rendu visite à ses parents, qui sont des amis proches. Dans la soirée, nous sommes allés, à travers l'obscurité sinistre, jusqu'à la fosse encore fumante où la première tour s'était dressée, en nous frayant un passage entre les équipes de sauvetage qui travaillaient jour et nuit sous d'éblouissantes lampes à

arc. Quand nous sommes retournés chez eux, Noam ne dormait pas et m'a montré un dessin qu'il avait fait le matin du 12 septembre. Il décrivait ce qu'il avait vu la veille : un avion s'écrasant contre la tour, une boule de feu, des pompiers et des gens sautant par les fenêtres. Mais en bas, il avait dessiné autre chose : un cercle noir au pied des bâtiments. Je lui ai demandé ce que c'était. « Un trampoline », m'a-t-il répondu. Pourquoi un trampoline à cet endroit ? « Pour que les gens n'aient rien à craindre la prochaine fois qu'ils devront sauter », m'a-t-il expliqué. J'étais sidéré : ce garçon de cinq ans qui, à peine un jour plus tôt, avait été témoin d'une catastrophe et d'une panique indicibles s'était servi de son imagination pour traiter ce qu'il avait vu et commencer à tourner la page.



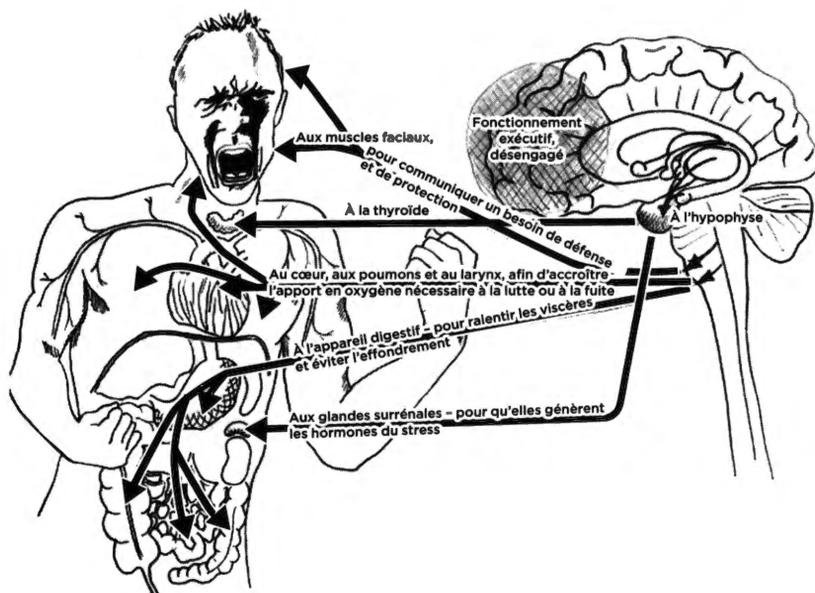
Dessin de Noam, cinq ans, après l'attentat du World Trade Center, le 11 septembre 2001. L'enfant a reproduit l'image qui a hanté de nombreux rescapés – des gens sautant des tours jumelles pour échapper à l'enfer – mais en ajoutant un élément salvateur : un trampoline au pied de l'immeuble en train de s'effondrer.

Noam a eu de la chance. Sa famille était saine et sauve, il grandissait jusque-là entouré d'amour, et il était capable de comprendre que le drame auquel il avait assisté était terminé. Pendant les catastrophes, les enfants prennent généralement exemple sur leurs parents. Tant que ceux-ci restent calmes et répondent à leurs besoins, ils survivent souvent à des événements terribles sans conserver de graves séquelles psychologiques.

Son expérience nous donne, toutefois, un aperçu de deux aspects de la réponse adaptative à la menace qui sont essentiels pour la survie : 1) Quand la catastrophe s'est produite, il a pu jouer un rôle actif en s'enfuyant, et donc s'aider lui-même; 2) Lorsqu'il s'est retrouvé en sécurité dans son foyer, les sonnettes d'alarme de son corps et de son cerveau se sont calmées. Cela a libéré son esprit, lui permettant de trouver un certain sens à ce qui s'était passé, voire d'imaginer une alternative créative à ce qu'il avait vu : un trampoline capable de sauver des vies.

Contrairement à Noam, les traumatisés restent bloqués dans leur développement parce qu'ils ne peuvent pas intégrer de nouvelles expériences. J'ai été très ému quand les vétérans de l'armée de Patton m'ont offert une montre datant de la Seconde Guerre mondiale – mais c'était aussi un triste souvenir de l'année où leur vie s'était arrêtée : 1944. Être traumatisé, c'est continuer à organiser sa vie comme si le traumatisme était toujours là, inchangé et immuable : chaque nouvelle rencontre, tout nouvel événement est contaminé par le passé.

Après le traumatisme, on perçoit le monde avec un autre système nerveux. On concentre son énergie sur la répression de son chaos intérieur, au lieu de l'investir dans sa vie. Ces tentatives pour maîtriser des réactions physiologiques insoutenables peuvent créer une kyrielle de symptômes physiques : fibromyalgie, épuisement chronique et autres maladies auto-immunes. Voilà pourquoi il est crucial que le traitement d'un traumatisme porte sur l'ensemble de l'organisme, cerveau, corps et esprit.



Le traumatisme affecte l'ensemble de l'organisme : corps, esprit et cerveau. Dans le SSPT, le corps continue à se défendre contre une menace qui appartient au passé. Surmonter un SSPT, c'est rétablir l'équilibre de tout l'organisme en mettant fin à cette mobilisation constante du stress.

ORGANISÉ POUR SURVIVRE

L'illustration ci-dessus montre la réponse du corps entier à la menace.

Quand le système d'alarme du cerveau est déclenché, il lance automatiquement des plans d'évasion préprogrammés dans ses parties les plus archaïques. Comme chez d'autres animaux, les nerfs et les substances chimiques qui forment, chez l'Homme, la structure du cerveau primitif disposent d'une connexion directe avec le corps. Quand ce cerveau-là prend le dessus, il ferme en partie le cerveau supérieur (l'esprit conscient), et pousse le corps à fuir, à se cacher, à lutter ou, parfois, à se figer. Au moment où on est pleinement conscient de la situation, le corps peut déjà être en pleine action. Si la réaction de lutte/fuite/immobilisation aboutit, permettant

d'échapper au danger, on retrouve son équilibre intérieur et on « reprend ses esprits ».

Si, pour une raison quelconque, la réaction normale est bloquée – par exemple, quand on est cloué au sol, pris au piège ou handicapé, que ce soit lors d'une guerre, d'un accident ou d'un viol –, le cerveau continue à sécréter des hormones du stress et ses circuits électriques ne cessent de s'enflammer inutilement². Longtemps après que le danger est passé, le cerveau peut continuer à envoyer des signaux au corps pour qu'il échappe à une menace qui n'existe plus. Depuis 1889, date à laquelle Pierre Janet* a publié le premier traité scientifique sur le stress traumatique³, il a été reconnu que les traumatisés avaient tendance à « poursuivre l'action, ou plutôt sa (vaine) tentative, initiée au moment du choc initial ». Être capable de bouger et d'*agir* pour se protéger est un facteur crucial pour déterminer si une expérience horrible laissera des traces durables.



L'action efficace versus l'immobilisation. L'action efficace, fruit de la réponse de lutte ou de fuite, dissipe la menace. L'immobilisation maintient le corps dans un état de choc inéluctable et dans l'impuissance apprise ainsi. Confronté au danger, on sécrète automatiquement des hormones du stress pour assurer la résistance et l'évasion. Le cerveau et le corps sont programmés pour qu'on s'enfuit chez soi, où on retrouvera la sécurité et où les hormones du stress pourront s'apaiser. Chez ces hommes sanglés sur des civières, évacués loin de leur domicile après l'ouragan Katrina, les taux d'hormones du stress restent élevés et se retournent contre eux, avec pour effet une peur constante, la dépression, la rage et la maladie.

* Pierre Janet (1859-1947), médecin psychiatre, philosophe, psychologue. Figure majeure de la psychologie française. (N.D.T.)

J'approfondirai, dans ce chapitre, la réponse du cerveau au traumatisme. Plus les neurosciences percent les mystères du cerveau, plus on s'aperçoit que celui-ci est un vaste réseau de parties interconnectées, organisées pour aider l'Homme à survivre et à prospérer. Savoir comment ces parties coopèrent est essentiel pour comprendre comment le traumatisme affecte chaque rouage de l'organisme – et donc, indispensable pour choisir quels traitements lui apporter.

LE CERVEAU DE HAUT EN BAS

La tâche la plus importante du cerveau consiste à assurer la survie de l'individu, même dans les pires conditions. Tout le reste est secondaire. Pour y parvenir, il doit : 1) Lancer des signaux internes indiquant ce dont son corps a besoin – comme la nourriture, le repos, une protection ou un refuge ; 2) Créer une carte du monde pour lui montrer où satisfaire ces besoins ; 3) Produire l'énergie et les actions nécessaires pour l'y conduire ; 4) Le prévenir des dangers et des possibilités présents sur sa route ; et 5) Adapter ses actes aux exigences du moment⁴. Comme les humains sont des mammifères, des êtres qui ne peuvent survivre et prospérer qu'en groupe, tous ces impératifs nécessitent une coordination et une collaboration. Des problèmes psychologiques surviennent quand : leurs signaux internes ne marchent pas ; leurs cartes ne les mènent pas où ils doivent aller ; ils sont trop paralysés pour bouger ; leurs actes ne correspondent pas à leurs besoins ; leurs liens avec leur entourage se brisent. Toutes les structures cérébrales dont je parle ont un rôle à jouer dans ces fonctions essentielles et, comme nous le verrons, le traumatisme peut nuire à chacune d'entre elles.

Le cerveau rationnel, cognitif, est en fait la partie la plus récente de l'encéphale et n'occupe qu'environ un tiers du crâne. Il s'intéresse avant tout au monde extérieur, pour comprendre comment les choses et les gens fonctionnent, trouver comment atteindre nos buts, organiser notre temps et sérier nos actes. Sous le cerveau

rationnel se trouvent deux cerveaux plus anciens dans l'histoire de l'évolution, distincts jusqu'à un certain point, qui se chargent de tout le reste : l'enregistrement et la gestion du fonctionnement du corps, plus l'identification de divers paramètres : confort, sécurité, menace, faim, épuisement, désir, envie, excitation, plaisir et douleur.

Le cerveau est construit de bas en haut. Il se développe strate par strate chez les enfants dans l'utérus, comme au cours de l'évolution. Sa partie primitive, celle qui est déjà opérationnelle à la naissance, est le cerveau animal archaïque, souvent appelé « cerveau reptilien ». Elle se situe dans le tronc cérébral, juste au-dessus du point d'entrée de la moelle épinière dans le crâne. Le cerveau reptilien est chargé de tout ce que peuvent faire les nouveau-nés : respirer, pleurer, manger, dormir, se réveiller ; sentir la température, la faim, l'humidité et la douleur ; débarrasser le corps des toxines par les selles et l'urine. Ensemble, le tronc cérébral et l'hypothalamus (qui se trouve directement au-dessus de lui) contrôlent les niveaux d'énergie du corps. Ils coordonnent le fonctionnement du cœur et des poumons, ainsi que les systèmes endocrinien et immunitaire, préservant toutes ces structures de maintien de la vie dans l'équilibre interne assez stable appelé « homéostasie ».

Respirer, dormir et manger sont des fonctions tellement basiques qu'on néglige aisément leur importance quand on considère les complexités du comportement et de l'esprit. Pourtant, si on a le sommeil perturbé, toujours faim, ou si le moindre contact donne envie de hurler (comme c'est souvent le cas chez les traumatisés), tout l'organisme est déséquilibré. De très nombreux problèmes psychologiques ont pour effet des troubles du sommeil, de l'appétit, du toucher, de l'excitation et de la digestion. Un traitement efficace du traumatisme doit ainsi prendre en compte ces fonctions d'entretien élémentaires.

Juste au-dessus du cerveau reptilien se trouve le système limbique, également nommé « cerveau mammalien », car tous les animaux qui vivent en groupe et nourrissent leurs petits en ont un. Cette partie du cerveau ne commence vraiment à se développer

qu'après la naissance. C'est le siège des émotions; le détecteur de dangers; le juge de ce qui est plaisant ou effrayant; l'arbitre de ce qui importe pour la survie. C'est aussi un poste de commandement central pour relever les défis de la vie dans nos réseaux sociaux complexes.

Le système limbique se forme en réponse à l'expérience et en lien avec la constitution génétique et le tempérament inné du bébé. (Les gens qui ont plusieurs enfants se rendent assez vite compte que, dès la naissance, ils réagissent différemment aux mêmes événements.) Tout ce qui arrive à un nouveau-né contribue à tracer la carte émotionnelle et perceptive du monde, créé par son cerveau en développement. Comme l'explique mon collègue Bruce Perry, « le mode de formation du cerveau dépend de son utilisation⁵ ». C'est une définition parmi d'autres de la neuroplasticité, la découverte assez récente du fait que « les neurones excités en même temps se connectent ». Quand un circuit s'allume à maintes reprises, il peut devenir un réglage par défaut : la réaction la plus probable. Si on se sent aimé et en sécurité, le cerveau se spécialise dans l'exploration, le jeu et la coopération; si on est effrayé et non désiré, il se consacre à la régulation des sentiments de peur et d'abandon.

Pendant la petite enfance, on découvre le monde en remuant, en saisissant, en rampant et en apprenant ce qui se passe quand on pleure, sourit ou proteste. On fait sans cesse l'expérience de son environnement : comment nos interactions changent-elles nos sensations corporelles? Assistez à n'importe quelle fête d'anniversaire d'un enfant de deux ans, et vous verrez comment telle petite fille vous attirera, jouera et viendra vous charmer, sans avoir nullement besoin du langage. Ces premières explorations façonnent les structures limbiques dévolues aux émotions et à la mémoire, mais ces structures peuvent être aussi notablement modifiées par des expériences ultérieures : pour le meilleur, par une amitié proche ou un premier amour idyllique; pour le pire, par une agression violente ou des brimades incessantes.

Ensemble, le cerveau reptilien et le système limbique forment ce que j'appelle le « cerveau émotionnel » tout au long de ce livre⁶. Le cerveau émotionnel est au cœur du système nerveux central, et sa tâche principale consiste à veiller à notre bien-être. S'il détecte un danger ou une occasion spéciale – comme un partenaire prometteur –, il nous alerte en libérant une giclée d'hormones. Les sensations viscérales qui en résultent (allant d'une légère nausée à la panique) interféreront avec ce qui nous absorbe sur le moment, en amenant notre corps – et notre esprit – à se réorienter. Ces sensations, si subtiles soient-elles, ont une énorme influence sur les grandes et petites décisions de la vie : ce qu'on choisit de manger, où on aime dormir et avec qui, quelle musique on préfère, qui on déteste et avec qui on se lie.

Le cerveau émotionnel possède une organisation cellulaire et une biochimie plus simples que celles du néocortex, le cerveau rationnel, et il jauge les nouvelles informations de façon plus globale. De ce fait, il procède à des conclusions hâtives fondées sur de vagues ressemblances, contrairement au cerveau rationnel, qui est conçu de manière à trier une gamme complexe de choix. (L'exemple classique : bondir de terreur à la vue d'un serpent, avant de s'apercevoir que c'est juste une corde enroulée.) Le cerveau émotionnel lance des plans d'évasion préprogrammés, comme les réponses de lutte ou de fuite. Ces réactions musculaires et physiologiques sont automatiques, déclenchées sans pensée ni calcul. Les capacités conscientes, rationnelles, les comprendront plus tard, souvent bien après l'extinction de la menace.

Nous arrivons enfin à la strate supérieure du cerveau, le néocortex. L'Homme la partage avec d'autres mammifères mais, chez les humains, elle est bien plus épaisse. Dans la deuxième année de la vie, les lobes frontaux, qui forment l'essentiel du néocortex, commencent à se développer à un rythme rapide. Aux yeux des philosophes antiques, sept ans était « l'âge de raison ». Pour nous, le cours préparatoire est le prélude à l'avenir, une vie organisée autour des capacités du lobe frontal : se tenir tranquille ; contrôler

son sphincter ; pouvoir utiliser des mots au lieu d'agir ; comprendre des idées abstraites et symboliques ; faire des projets pour le lendemain ; être en accord avec ses enseignants et ses camarades.

Les lobes frontaux sont responsables des qualités qui rendent l'humain unique dans le règne animal⁷. Ils lui permettent de manier le langage et la pensée abstraite, d'intégrer de vastes quantités d'informations et de leur donner un sens. Les prouesses linguistiques des singes rhésus et des chimpanzés ont beau nous passionner, seuls les hommes sont capables de maîtriser les mots et les symboles nécessaires pour créer les contextes historiques, spirituels et communautaires qui déterminent leur vie.

Les lobes frontaux permettent aussi de planifier et de réfléchir, d'imaginer et de jouer de futurs scénarios. Ils aident à prédire ce qui arrivera si on prend certaines mesures (comme postuler pour un nouvel emploi) ou si on en néglige d'autres (ne pas payer le loyer). Ils permettent de choisir et sont au fondement de la prodigieuse créativité de l'humanité. Des générations de lobes frontaux ont, en étroite collaboration, créé la culture, qui nous a conduits des canoës primitifs aux e-mails en passant par les charrettes à cheval, les avions à réaction et les voitures hybrides. Elles nous ont aussi donné le trampoline salvateur de Noam.

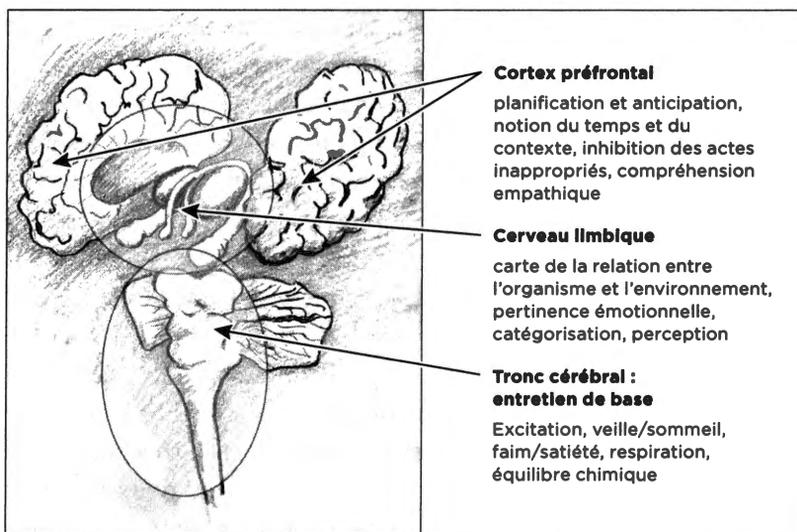
REFLÉTER LES AUTRES : LA NEUROBIOLOGIE INTERPERSONNELLE

Les lobes frontaux, qui sont essentiels pour la compréhension du traumatisme, sont également le siège de l'empathie, la capacité à éprouver les sentiments d'autrui. Une des découvertes vraiment sensationnelles des neurosciences modernes s'est produite en 1994 quand, par un heureux hasard, un groupe de chercheurs italiens a identifié des cellules spécialisées dans le cortex, les baptisant « neurones miroirs⁸ ». Les chercheurs avaient fixé des électrodes sur des cellules nerveuses dans l'aire prémotrice d'un singe, puis configuré un ordinateur pour voir quels neurones étaient excités

quand le singe prenait une cacahuète ou une banane. À un moment donné, en plaçant des boulettes de nourriture dans une caisse, un chercheur a levé les yeux vers l'ordinateur. Les cellules nerveuses du singe étaient excitées à l'endroit même où se trouvaient les neurones de commande moteurs. Mais le singe n'était pas en train de manger ni de bouger. Il regardait l'homme, en reflétant ses actes.

Cela a donné lieu à de très nombreuses expériences tout autour du globe. Très vite, celles-ci ont révélé que les neurones miroirs expliquaient beaucoup d'aspects jusqu'alors mystérieux de l'esprit, comme l'empathie, l'imitation, la synchronie, voire le développement du langage. Un auteur les a comparés au « Wi-Fi neuronal⁹ » : nous captions non seulement les mouvements des autres, mais aussi leurs intentions et leurs états émotionnels. Quand deux hommes sont en phase, ils ont tendance à se tenir ou à s'asseoir de la même manière, et leurs voix prennent un rythme identique. Mais les neurones miroirs rendent également vulnérables aux caractères négatifs des autres : on réagit à leur fureur par la colère, et leur dépression nous démoralise. J'en dirai davantage sur ces neurones dans la suite de ce livre, car les traumatisés ont presque toujours l'impression de ne pas être vus, reflétés et pris en compte. Un traitement adapté doit réactiver la capacité à refléter, et à être reflété sans danger par les autres, mais aussi à résister à l'emprise de leurs émotions négatives.

Comme l'ont appris à leurs dépens tous ceux qui ont travaillé avec des cérébro-lésés ou soigné des parents déments, des lobes frontaux bien portants sont essentiels à l'harmonie des relations avec autrui. Se rendre compte que les pensées et les sentiments des autres peuvent différer des siens est un grand pas dans le développement de l'enfant de deux à trois ans. Il apprend à comprendre les motivations des autres personnes, pour pouvoir s'adapter et rester en sécurité dans des groupes qui ont des perceptions, des attentes et des valeurs distinctes. Sans lobes frontaux souples et actifs, les hommes deviennent des créatures d'habitude, aux relations routinières et superficielles. L'invention et l'innovation, la découverte et l'émerveillement – tout ça leur fait défaut.



Le cerveau triunique (en trois parties)

Le cerveau se développe de bas en haut. Sa strate reptilienne se forme dans l'utérus et organise les fonctions vitales élémentaires. Elle est extrêmement réactive à la menace. Le système limbique est surtout élaboré dans les six premières années, mais il évolue suivant la manière dont il est utilisé. Le traumatisme peut avoir un impact majeur sur son fonctionnement. Le cortex préfrontal se développe en dernier et il est aussi affecté par l'exposition au traumatisme - en étant, par exemple, incapable de filtrer des informations non pertinentes. Il est susceptible, à tout âge, de se désactiver en réaction à la menace.

Les lobes frontaux peuvent aussi (parfois, mais pas toujours) nous empêcher de faire des choses qui risquent de nous gêner ou de nuire aux autres. On ne doit pas manger chaque fois que l'on a faim, embrasser quelqu'un sur un désir soudain, ni piquer une crise dès qu'on est en colère. Mais c'est exactement à cette frontière entre l'impulsion et la conduite acceptable que commencent la plupart de nos problèmes. Plus l'excitation sensorielle, viscérale, du cerveau émotionnel est vive, moins le cerveau rationnel peut la refroidir.

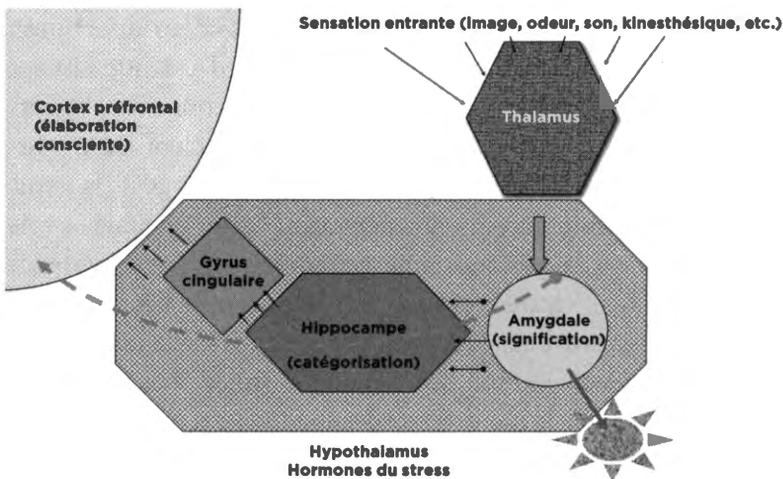
IDENTIFIER LE DANGER : LE CUISINIER ET LE DÉTECTEUR DE FUMÉE

Le danger fait partie de la vie, et le cerveau est chargé de le détecter et d'organiser la réponse de l'organisme. L'information sensorielle sur le monde extérieur arrive par les yeux, les oreilles, la peau et le nez. Ces sensations convergent dans le thalamus, une zone du système limbique qui se comporte comme le « cuisinier » du cerveau, les touillant dans une soupe autobiographique pour former une expérience cohérente, intégrée : « Voilà ce qui m'arrive¹⁰. » Après quoi, ces sensations sont retransmises dans deux directions : vers l'amygdale, les deux structures en forme d'amande situées plus profondément dans le cerveau limbique, inconscient ; et vers les lobes frontaux, où elles atteignent l'esprit conscient. Le neuroscientifique Joseph LeDoux appelle la route vers l'amygdale la « voie basse », qui est ultrarapide, et celle menant au cortex frontal la « voie haute », plus lente de quelques millisecondes lors d'une expérience hypermenaçante. Le traitement par le thalamus peut néanmoins se détraquer. Des sensations auditives, olfactives, visuelles ou tactiles sont alors encodées comme des fragments isolés, dissociés, et le traitement normal de la mémoire se désintègre. Le temps s'arrête, et on a ainsi l'impression que le danger durera toujours.

La principale fonction de l'amygdale, que j'appelle le « détecteur de fumée » du cerveau, consiste à identifier si une perception est liée à la survie¹¹. Elle le fait rapidement et automatiquement, aidée par le feedback de l'hippocampe, une structure voisine qui compare cette nouvelle sensation aux expériences passées. Si l'amygdale flaire une menace – une collision possible avec une voiture, un passant à l'air dangereux dans la rue –, elle envoie aussitôt un message à l'hypothalamus et au tronc cérébral, mobilisant le système des hormones du stress et le système nerveux autonome pour orchestrer une réponse du corps entier. Comme l'amygdale traite l'information qu'elle reçoit du thalamus plus vite que les lobes frontaux, elle

décide s'il s'agit d'une menace pour la survie avant même que l'on soit conscient du danger. Au moment où on comprend ce qui se passe, le corps peut déjà être en action.

Le signal d'alarme lancé par l'amygdale déclenche la libération de puissantes hormones du stress, dont le cortisol et l'adrénaline, qui élèvent le rythme respiratoire, cardiaque, et la tension artérielle, préparant à lutter ou à fuir. Une fois le danger passé, le corps retourne assez vite à l'état normal. Mais quand son rétablissement est bloqué, il cherche à se défendre, ce qui crée une sensation d'agitation et d'excitation.



Le cerveau émotionnel est le premier à interpréter l'information entrante.

L'information sensorielle sur l'état du corps et de l'environnement – reçue par les oreilles, les yeux, le toucher, la kinesthésie, etc. – converge vers le thalamus, où elle est traitée puis retransmise à l'amygdale, qui interprète sa signification émotionnelle. Cela se passe à la vitesse de l'éclair. Si une menace est détectée, l'amygdale envoie des messages à l'hypothalamus, pour qu'il sécrète des hormones du stress nous défendant contre le danger. Le neuroscientifique Joseph LeDoux appelle ça la « voie basse ». La seconde route neuronale, la « voie haute », part du thalamus et gagne, via l'hippocampe et le cortex cingulaire antérieur, le cortex préfrontal – le cerveau rationnel –, pour qu'il interprète l'information de manière consciente et bien plus raffinée. Cela prend quelques millisecondes supplémentaires. Si l'amygdale attribue une trop grande importance à la menace et/ou si le système de filtrage des zones supérieures du cerveau est trop faible, comme ça arrive souvent dans le SSPT, on ne maîtrise plus les réactions d'urgence automatiques, comme l'alarme prolongée ou les explosions d'agressivité.

Le détecteur de fumée sait, en général, assez bien capter les signaux de danger, mais le traumatisme augmente son risque d'erreur. On ne peut s'entendre avec les autres que si on évalue précisément la nature, bonne ou mauvaise, de leurs intentions. Pour bien fonctionner dans un cadre de travail complexe ou dans un foyer rempli d'enfants exubérants, il faut pouvoir jauger très vite les attitudes des autres et ajuster constamment sa conduite en fonction. Des systèmes d'alarme défectueux peuvent mener à exploser ou à se fermer en réponse à des commentaires ou à des regards anodins.

CONTRÔLER LA RÉACTION DE STRESS : LA TOUR DE GUET

Si l'amygdale est le détecteur de fumée du cerveau, considérez les lobes frontaux – surtout le cortex préfrontal médian (CPM)¹², situé juste au-dessus des yeux – comme la « tour de guet », qui offre une vue d'en haut sur la scène. Cette fumée indique-t-elle que notre maison brûle et qu'on doit sortir en vitesse, ou provient-elle du steak qu'on a fait cuire à feu trop vif? L'amygdale n'opère pas de tels jugements; elle prépare juste à riposter ou à fuir, avant même que les lobes frontaux aient pu donner leur appréciation. Si on n'est pas trop bouleversé, les lobes frontaux pourront rétablir l'équilibre en nous aidant à comprendre que l'on réagit à une fausse alarme, et couper la réponse de stress.

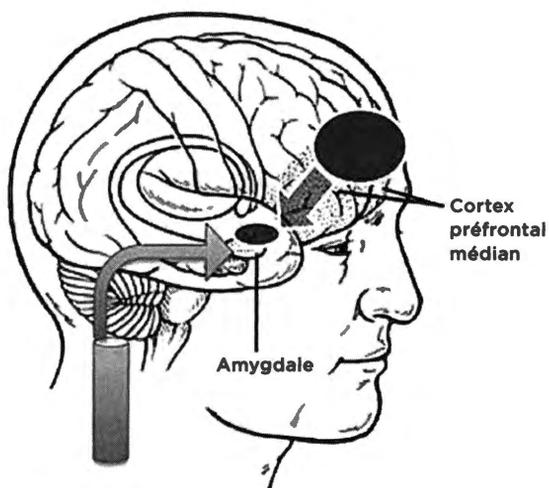
D'ordinaire, les facultés exécutives du cortex préfrontal permettent d'observer ce qui se passe, de prédire ce qui va arriver, et d'opérer un choix conscient. Pouvoir flotter objectivement au-dessus de ses émotions, de ses sensations et de ses pensées (une aptitude que j'appellerai « pleine conscience » dans ce livre), en prenant le temps de réagir, permet au cerveau rationnel d'inhiber, d'organiser et de moduler les réactions automatiques préprogrammées dans le cerveau émotionnel. Cette faculté est capitale pour préserver ses relations avec autrui. Tant que les lobes frontaux marchent bien, on ne risque pas de s'énerver chaque fois

qu'un serveur se fait attendre ou qu'un agent d'assurances nous fait patienter. (La tour de guet nous dit aussi que la colère et les menaces des autres dépendent de *leur* état émotionnel.) Quand ce système tombe en panne, on devient comme un animal conditionné : dès qu'on détecte un danger, on se met automatiquement en mode lutte ou fuite.

Dans le syndrome de stress post-traumatique, l'équilibre crucial entre l'amygdale (détecteur de fumée) et le cortex préfrontal médian (tour de guet) change radicalement, ce qui rend bien plus difficile de contrôler ses émotions et ses réflexes. Des études de neuro-imagerie conduites sur des hommes en état d'émotion extrême révèlent qu'une peur, une tristesse ou une vive colère augmente l'activation des zones sous-corticales du cerveau, surtout dans le cortex préfrontal médian. Du coup, les facultés inhibitrices du lobe frontal s'effondrent, et « on perd la tête ». On peut sursauter au moindre bruit, piquer une crise pour des frustrations mineures, ou se raidir quand on nous touche¹³.

Bien réagir au stress dépend d'un équilibre entre le détecteur de fumée et la tour de guet. Si on veut mieux réguler ses émotions, le cerveau nous offre deux options : apprendre à les réguler de haut en bas, ou de bas en haut.

Connaître la différence entre ces deux formes de régulation est essentiel pour comprendre et traiter le stress traumatique. La régulation de haut en bas consiste à renforcer l'aptitude de la tour de guet à surveiller les réactions du corps. La méditation en pleine conscience et le yoga peuvent y contribuer. La régulation de bas en haut passe par un recalibrage du système nerveux autonome (qui trouve son origine dans le tronc cérébral). On peut accéder à ce système par le toucher, le mouvement ou la respiration. Respirer est l'une des rares fonctions du corps qui obéissent à la fois à un contrôle conscient et à un contrôle autonome. Dans la cinquième partie de ce livre, nous explorerons des techniques spécifiques pour développer ces deux modes de régulation.



De haut en bas ou de bas en haut.

Des structures du cerveau émotionnel décident si ce que l'on perçoit est dangereux ou non. Il y a deux façons de changer le système de détection de la menace : de haut en bas, en modulant les messages du cortex préfrontal médian (pas seulement du cortex préfrontal), ou de bas en haut, via le cerveau reptilien, par la respiration, le mouvement et le toucher.

LE CAVALIER ET LE CHEVAL

Je tiens, pour le moment, à souligner que l'émotion n'est pas opposée à la raison ; l'émotion attribue une valeur à l'expérience et forme ainsi le fondement de la raison. Le sentiment de soi est le fruit de l'équilibre entre les cerveaux rationnel et émotionnel. Quand ces deux systèmes sont pondérés, « on se sent soi-même ». Toutefois, quand la survie est en jeu, ils peuvent fonctionner de manière assez indépendante.

Si, disons, on conduit en bavardant avec un ami et qu'un camion surgit devant nous, on cesse aussitôt de parler, on freine et on tourne le volant pour l'éviter. Si ces actes instinctifs nous ont préservés de la collision, on peut reprendre la discussion là où on l'avait arrêtée. Notre capacité à le faire dépend largement de la vitesse à laquelle nos réactions viscérales se calment après la menace.

Le neuroscientifique Paul MacLean, qui a développé la description en trois parties du cerveau que j'ai reprise ici, a comparé la relation entre le cerveau rationnel et le cerveau émotionnel à celle d'un cavalier plus ou moins doué avec son cheval indocile¹⁴. Tant que le temps est calme et la piste régulière, le cavalier peut maîtriser parfaitement sa monture. Mais un bruit inquiétant ou l'arrivée d'un animal menaçant peut pousser le cheval à s'emballer, forçant le cavalier à se cramponner. De même, quand on sent qu'on risque sa vie ou qu'un désir ou une rage intense nous envahit, on n'écoute plus la voix du bon sens et les autres ont bien du mal à nous raisonner. Chaque fois que le système limbique tient une chose pour une question de vie ou de mort, ses voies de communication avec les lobes frontaux deviennent très étroites.

Les psychologues tentent souvent d'aider leurs patients à utiliser la compréhension et l'intuition pour maîtriser leur comportement. Or, les recherches des neurosciences ont montré que très peu de problèmes psychologiques sont dus à des failles de compréhension : la plupart tiennent à des pressions de zones situées plus profondément dans le cerveau, qui régissent l'attention et la perception. Quand la sonnette d'alarme du cerveau émotionnel ne cesse de signaler qu'on est en danger, aucune intuition, si grande soit-elle, ne la fera taire. Ça me rappelle une comédie où, lors d'un stage de gestion de la colère, un multirécidiviste loue les techniques qu'il a apprises : « Elles sont formidables, dit-il, et marchent du tonnerre... tant qu'on n'est pas vraiment en colère. »

Quand nos cerveaux émotionnel et rationnel sont en conflit (par exemple lorsqu'on est furieux contre un proche, effrayé par un être dont on dépend, ou si l'on désire un partenaire inaccessible), un bras de fer s'engage. La bataille se joue en grande partie dans le théâtre de notre expérience viscérale – le cœur, les entrailles, les poumons –, et elle crée à la fois un mal-être physique et une souffrance psychologique. Je parlerai, au chapitre 6, de la manière dont le cerveau et les viscères interfèrent dans des circonstances dangereuses ou paisibles

– ce qui est essentiel pour comprendre les nombreuses expressions physiques du traumatisme.

J'aimerais terminer ce chapitre par l'étude de deux autres scano-graphies, qui illustrent certaines des caractéristiques principales du stress traumatique : la reviviscence ; la réexpérimentation d'images, de sons et d'émotions ; et la dissociation.

LES CERVEAUX DE STAN ET UTE PENDANT LE TRAUMATISME

En 1999, par un beau matin de septembre, Stan et Ute Lawrence – un couple d'une quarantaine d'années – ont quitté leur domicile dans l'Ontario pour aller à une réunion d'affaires à Détroit. Au milieu du trajet, ils ont été pris dans un brouillard très dense qui, en un quart de seconde, a supprimé toute visibilité. Stan a aussitôt freiné pour s'arrêter sur l'autoroute, en manquant de peu un camion. Un semi-remorque a volé par-dessus leur coffre ; des caravanes et des voitures les ont percutés en s'écrasant. Des gens sortant de leurs véhicules ont été heurtés en s'enfuyant. L'accident s'est poursuivi dans un bruit assourdissant et, à chaque nouveau choc, Ute et Stan croyaient leur dernière heure arrivée. Ils ont été bloqués dans la troisième voiture d'un carambolage de quatre-vingt-sept véhicules, la pire catastrophe routière de l'histoire du Canada¹⁵.

Puis un silence sinistre a plané. Stan s'est efforcé d'ouvrir les fenêtres et les portières, mais le semi-remorque qui les avait emboutis était coincé contre leur voiture. Soudain, quelqu'un a tambouriné sur leur toit. Une fille hurlait : « Sortez-moi de là ! Je brûle ! » Impuissants, ils l'ont vue mourir dans son auto consumée par les flammes. Un instant plus tard, un camionneur a sauté sur leur coffre avec un extincteur. Il a cassé le pare-brise pour les libérer, et Stan s'est hissé dehors par l'ouverture. En se retournant pour aider sa femme à faire de même, il l'a vue paralysée sur son siège. Aidé du camionneur, il l'a sortie de l'habitacle et une ambulance les a

transportés aux urgences. Là, hormis quelques coupures, il s'est avéré qu'ils étaient physiquement indemnes.

De retour chez eux, ni Stan ni Ute n'ont voulu dormir, persuadés qu'ils mourraient s'ils lâchaient prise. Ils étaient nerveux, irritables. Ce soir-là, comme souvent par la suite, ils ont beaucoup bu pour calmer leur peur. Ils ne pouvaient pas repousser les images qui les hantaient ni les questions qui revenaient en boucle : Et s'ils étaient partis plus tôt ? Et s'ils ne s'étaient pas arrêtés pour prendre de l'essence ? Après trois mois de cet enfer, ils ont demandé de l'aide au docteur Ruth Lanius, une psychiatre de l'université de Western Ontario.

Le docteur Lanius, qui avait été mon étudiante au Trauma Center, a tenu à visualiser leur cerveau avec une IRM fonctionnelle avant d'entamer le traitement. L'IRMf mesure l'activité neuronale en suivant les variations de la circulation sanguine dans le cerveau et, contrairement à la tomographie par émission de positons, elle ne nécessite pas d'exposition aux radiations. Le docteur Lanius s'est servie du même type d'imagerie induite par scénario que nous avons utilisé à Harvard, restituant les sons, les odeurs, et toutes les sensations que Stan et Ute avaient perçues pendant qu'ils étaient coincés dans leur voiture.

Stan s'est soumis le premier à l'expérience. Il a eu aussitôt un flash-back, comme Marsha lors de notre étude à Harvard. Il est sorti du scanner en nage, le cœur battant, avec une tension montée en flèche. « C'est exactement ce que j'ai ressenti pendant l'accident, a-t-il rapporté. J'étais sûr que j'allais mourir, et je ne pouvais rien faire pour me sauver. » Stan revivait l'accident, au lieu de l'évoquer comme un drame qui s'était produit trois mois auparavant.

DISSOCIATION ET REVIVISCENCE

La dissociation est l'essence même du traumatisme. L'expérience bouleversante est clivée, fragmentée : les émotions, les sensations et les pensées qui y sont liées prennent une vie autonome. Les

fragments de mémoire sensoriels s'immiscent dans le présent, où ils sont vécus littéralement. Tant que le traumatisme n'est pas résolu, les hormones du stress que le corps sécrète pour se protéger continuent à circuler, et la personne ne cesse de rejouer les gestes défensifs et les réponses émotionnelles. Toutefois, contrairement à Stan, beaucoup de gens peuvent n'être pas conscients du rapport entre leurs réactions et leurs perceptions « délirantes », et les événements traumatiques qu'ils répètent. Ils ignorent totalement pourquoi ils réagissent à une irritation mineure comme s'ils allaient être anéantis sur-le-champ.

La reviviscence et les flash-back sont, à certains égards, pires que le traumatisme. Un événement traumatique a un début et une fin – à un moment donné, il s'achève. Mais, pour les traumatisés, un flash-back peut survenir à tout moment, qu'ils dorment ou qu'ils veillent. Ils n'ont pas moyen de savoir quand il se reproduira, ni pendant combien de temps. Souvent, les personnes qui souffrent de flash-back organisent leur vie autour de leurs tentatives pour s'en protéger. Elles peuvent faire compulsivement de la musculation (en ne se trouvant jamais assez fortes), s'engourdir par des médicaments, ou tenter de cultiver un sentiment de contrôle illusoire dans des situations à haut risque (comme la course à moto ou le saut à l'élastique). Combattre en permanence des dangers invisibles est éreintant, et mène à la dépression et au découragement.

Si des souvenirs fragmentés du traumatisme reviennent à maintes reprises, leur cortège d'hormones du stress les grave encore plus profondément dans l'esprit des gens. En général, les événements du quotidien deviennent de moins en moins prégnants. Ne pas pouvoir comprendre en profondeur ce qui se passe autour de soi empêche de se sentir pleinement vivant dans le présent – on a plus de mal à éprouver les contrariétés et les joies de la vie courante, et à se concentrer sur ses tâches –, ce qui enferme encore davantage les traumatisés dans le passé.

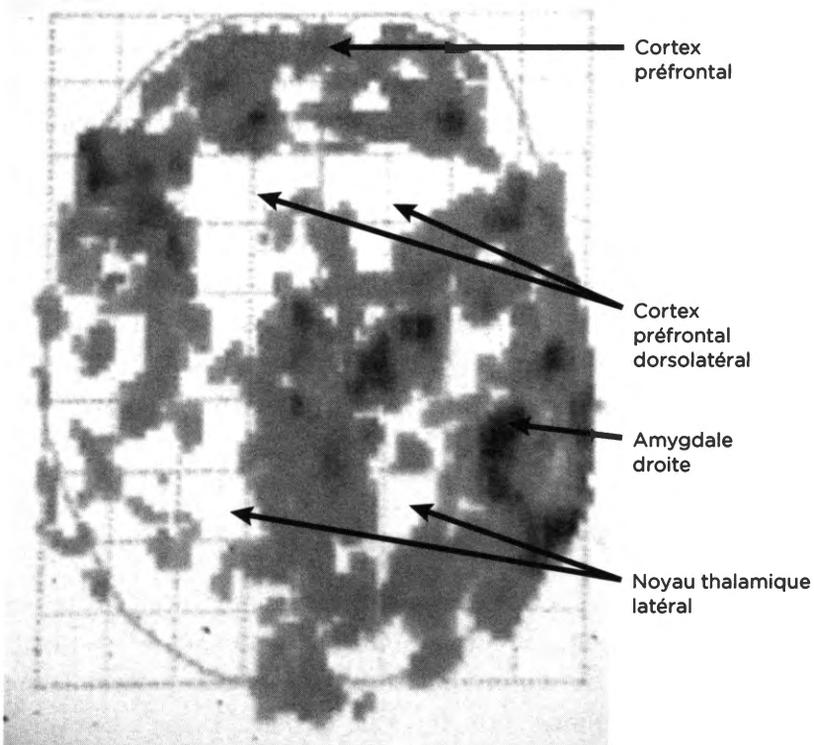
Les réactions post-traumatiques se manifestent diversement. Des anciens combattants peuvent réagir au moindre signal – un cahot

sur la route, la vue d'un enfant jouant dans la rue – comme s'ils se trouvaient dans une zone de guerre. Ils sursautent facilement, et versent dans la colère ou l'engourdissement. Des personnes qui ont été violées dans leur enfance peuvent anesthésier leur sexualité, et avoir atrocement honte si elles sont excitées par des sensations qui leur rappellent leur agression – même quand ces dernières sont des plaisirs naturels, liés à certaines parties du corps. Si on force des victimes de traumatisme à parler de ce qu'elles ont traversé, l'une peut réagir par une hausse de tension artérielle, une autre par un début de migraine. D'autres encore peuvent se fermer émotionnellement, sans en avoir clairement conscience. Mais en laboratoire, on détecte facilement que leur cœur s'emballe et que les hormones du stress bouillonnent dans leur corps.

Ces réactions sont irrationnelles et échappent pour beaucoup à la maîtrise. Des impulsions et des émotions intenses, à peine contrôlables, peuvent rendre fou – et donner l'impression de n'être pas humain. Quand on se sent engourdi aux fêtes d'anniversaire de ses enfants, ou à la suite de la mort d'un proche, on peut se croire un monstre. La honte devient l'émotion dominante et cacher la vérité le souci majeur.

On touche alors rarement du doigt le fait que ces sensations tirent leur origine d'une expérience traumatique. C'est là que la thérapie intervient : les thérapeutes peuvent aider à observer les émotions et les sensations en pleine conscience, et à entrer en contact avec le contexte d'où elles sont tirées. Mais l'essentiel est que le système cérébral de perception de la menace a changé, et que les réactions physiques sont dictées par l'empreinte du passé.

Le traumatisme qui avait commencé « hors de soi » se joue maintenant sur le champ de bataille du corps, en général sans lien conscient entre ce qui a eu lieu autrefois et ce qui surgit soudain en soi. Le défi n'est pas tant d'essayer d'accepter les choses terribles que l'on a subies que d'apprendre à maîtriser ses sensations et ses émotions. Percevoir, nommer et identifier ce qui se passe en soi est le premier pas vers la guérison.



Visualisation d'un flash-back à l'aide d'une IRM fonctionnelle.

Remarquez qu'apparaît une activité bien plus grande du côté droit que du côté gauche.

LE DÉTECTEUR DE FUMÉE S'EMBALLÉ

Le scanner du cerveau de Stan montre son flash-back en action. Voici à quoi ressemble la reviviscence du traumatisme : une zone brillamment éclairée dans le coin inférieur droit du cerveau, le côté inférieur gauche effacé, et quatre trous blancs symétriques autour du centre. (Peut-être reconnaissez-vous l'amygdale enflammée et l'hémisphère gauche déconnecté de l'étude de Harvard qu'on a vue au chapitre 3.) L'amygdale de Stan ne faisait aucune distinction entre le passé et le présent. Elle s'activait exactement comme si le carambolage avait lieu dans le scanner, déclenchant de puissantes

hormones du stress et des réponses du système nerveux responsables de sa transpiration et de ses tremblements, de sa tension élevée et de son cœur battant – des réactions entièrement normales et qui auraient pu lui sauver la vie si un camion venait d'emboutir sa voiture.

Il est important d'avoir un détecteur de fumée efficace. On ne veut pas être pris au dépourvu par un incendie ravageur. Mais si on se met dans tous ses états chaque fois qu'on sent de la fumée, cela devient très perturbant. Certes, on a besoin de détecter si quelqu'un nous en veut, mais si notre amygdale s'emballe on peut contracter la peur chronique que les gens nous haïssent, ou croire qu'ils veulent notre peau.

LE CHRONOMÈTRE S'ARRÊTE

Stan et Ute étaient devenus hypersensibles après l'accident, ce qui donne à penser que leur cortex préfrontal s'efforçait de maintenir un contrôle face au stress. Le flash-back de Stan a provoqué une réaction plus extrême.

Les deux zones blanches à l'avant du cerveau (en haut de son scanner) correspondent aux aires droite et gauche du cortex préfrontal dorsolatéral. Quand elles sont désactivées, on perd la notion du temps et on reste bloqué dans l'instant, sans conscience du passé, du présent ni de l'avenir¹⁶.

Deux systèmes cérébraux participent au traitement psychique du traumatisme : ceux qui traitent de l'intensité émotionnelle et du contexte. L'intensité émotionnelle est définie par le détecteur de fumée (l'amygdale), et par son contrepoids, la tour de guet (le cortex préfrontal médian). Le contexte et le sens d'une expérience sont déterminés par un système qui comprend l'hippocampe et le cortex préfrontal dorsolatéral (CPD). Celui-ci se trouve sur le côté du cerveau antérieur, alors que le cortex préfrontal médian est situé au centre. Les structures centrales du cerveau sont consacrées à

l'expérience intérieure de soi, et les structures latérales se chargent quant à elles des relations avec l'entourage.

Le CPD nous dit en quoi une expérience présente est liée au passé, et comment elle peut affecter l'avenir – considérez-le comme le « chronomètre » du cerveau. Savoir qu'une épreuve est limitée, et qu'elle prendra fin tôt ou tard, la rend généralement tolérable. Le contraire est aussi vrai : une situation devient insupportable si on la trouve interminable. La plupart d'entre nous savent, s'ils ont vécu un deuil, qu'une peine terrible s'accompagne souvent du sentiment qu'elle durera toujours, qu'on ne se remettra jamais de la perte de l'être cher. Le traumatisme est l'expérience extrême de cette impression de pérennité.

Le scanner de Stan révèle pourquoi on ne peut guérir d'un traumatisme que lorsque les structures cérébrales qui ont été « sonnées » lors du choc initial – la raison pour laquelle l'événement s'est inscrit dans le cerveau comme un traumatisme – sont pleinement connectées. Revisiter le passé en thérapie doit se faire quand les patients sont, biologiquement parlant, fermement ancrés dans le présent et aussi calmes, en sécurité et en prise que possible. (« En prise » veut dire qu'ils peuvent se sentir en contact avec leur chaise, voir la lumière entrer par la fenêtre, percevoir la tension dans leurs mollets, etc.) C'est cet ancrage dans le présent qui permet de comprendre que les terribles événements appartiennent au passé. Pour ce faire, la tour de guet, le cuisinier et le chronomètre doivent être connectés. Une thérapie ne marche pas tant que l'on reste retranché dans le passé.

LE THALAMUS SE FERME

Si on réexamine le flash-back de Stan, on peut voir encore deux trous blancs dans la moitié inférieure de son cerveau. Il s'agit de ses thalamus droit et gauche – qui ont été effacés pendant le flash-back, exactement comme lors du traumatisme initial. Le thalamus, je le rappelle, est une sorte de « cuisinier » – un relais qui reçoit les

sensations des yeux, de la peau et des oreilles, et les intègre dans la soupe de la mémoire autobiographique. L'arrêt complet du thalamus explique pourquoi on se rappelle surtout le traumatisme, non pas comme une histoire – un récit avec un début, un milieu et une fin – mais sous forme d'empreintes sensorielles isolées : des images, des sons et des sensations accompagnés d'émotions intenses – en général, la terreur et l'impuissance¹⁷.

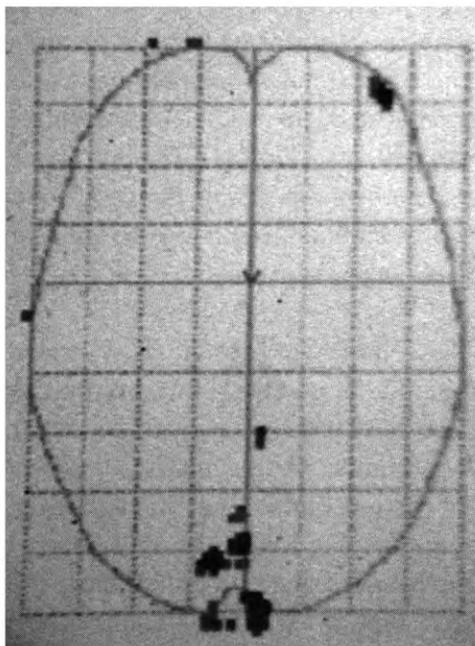
Normalement, le thalamus agit aussi comme un gardien ou un filtre. Il forme donc une composante majeure de l'attention, de la concentration et des nouvelles acquisitions – qui sont toutes compromises par le traumatisme. Pendant que vous lisez ce livre, vous pouvez entendre un fond de musique, le grondement de la circulation, ou un léger tiraillement dans votre estomac indiquant qu'il est temps de prendre un en-cas. Si vous êtes capable de rester concentré sur cette page, votre thalamus vous aide à distinguer les informations sensorielles pertinentes des sensations que vous pouvez ignorer tranquillement. Au chapitre 19, sur le neurofeedback, je présenterai des tests servant à mesurer le fonctionnement de ce système de contrôle, ainsi que des méthodes pour le renforcer.

Les personnes atteintes d'un syndrome de stress post-traumatique ont leurs vannes grandes ouvertes. Privées de filtre, elles sont constamment en surcharge sensorielle. Pour le supporter, elles tentent de se fermer en développant une vision étroite et une concentration totale. Si elles n'y arrivent pas naturellement, elles peuvent recourir à l'alcool ou aux médicaments. Le drame, c'est que cette fermeture exclut aussi les sources de plaisir et de joie.

LA DÉPERSONNALISATION : UN CLIVAGE DU MOI

Regardons à présent ce qu'Ute a vécu dans le scanner. Tout le monde ne réagit pas totalement de la même manière au traumatisme mais, en l'occurrence, la différence est spectaculaire parce qu'elle était assise juste à côté de Stan dans la voiture maudite. Elle a réagi au scénario de son traumatisme par la paralysie : son esprit

s'est fermé, et presque chacune des zones de son cerveau a montré une nette baisse d'activité. Son rythme cardiaque et sa pression artérielle n'ont pas augmenté. Quand on lui a demandé ce qu'elle avait ressenti dans le scanner, elle a répondu : « Rien. Exactement comme pendant l'accident. »



L'absence (la dissociation) en réponse à l'évocation d'un passé traumatique. Ici, presque chaque partie du cerveau présente une activité réduite, qui entrave la pensée, l'attention et l'orientation.

Le terme médical pour la réaction d'Ute est la « dépersonnalisation¹⁸ ». Tous ceux qui soignent des hommes, des femmes ou des enfants traumatisés sont, tôt ou tard, confrontés à des esprits absents et des regards vides : le signe extérieur d'un blocage physiologique. La dépersonnalisation est un symptôme de la dissociation massive causée par le traumatisme. Les flash-back de Stan étaient dus à ses efforts contrariés pour échapper à l'accident : toutes ses sensations et ses émotions fragmentées, induites par le scénario, revenaient

brutalement dans le présent. Mais au lieu d'essayer de s'enfuir, Ute s'était dissociée de sa peur et n'éprouvait rien.

Dans mon cabinet, je vois régulièrement des dépersonnalisations lorsque des patients me racontent des atrocités sans aucune émotion. Alors, la pièce se vide de toute son énergie, et je dois faire de rudes efforts pour soutenir mon attention. Un patient sans vie vous force à travailler encore plus dur pour garder la thérapie vivante, et il m'est souvent arrivé d'attendre impatientement la fin de la séance.

Le scanner du cerveau d'Ute m'a poussé à adopter une tout autre approche avec ces patients. Comme chacune, ou presque, des parties de leur cerveau a décroché, ils ne peuvent évidemment pas se souvenir, sentir profondément, ni comprendre ce qui leur arrive. Une thérapie classique par la parole est, en l'occurrence, quasiment inutile.

Dans le cas d'Ute, il m'a été possible de supposer pourquoi elle réagissait si différemment de Stan. Elle employait une stratégie de survie que son cerveau avait apprise dans son enfance, pour faire face à la dureté de sa mère. Après la mort de son père quand elle avait neuf ans, sa mère l'avait souvent traitée avec méchanceté, en la rabaisant. À un moment donné, Ute a découvert qu'elle pouvait fermer son esprit pendant que sa mère lui hurlait dessus. Trente-cinq ans plus tard, alors qu'elle était bloquée dans sa voiture, son cerveau est passé automatiquement à ce mode de survie : elle s'est complètement abstraite.

Le défi, pour les gens comme Ute, consiste à être en éveil et investi – une chose difficile, mais inévitable s'ils veulent reconquérir leur vie. (Ute elle-même s'est rétablie – elle a écrit un livre sur son expérience et lancé une revue à succès, *Mental fitness*.) C'est là qu'une approche thérapeutique de bas en haut devient essentielle. Son but est de changer la physiologie du patient, son rapport à ses sensations corporelles. Au Trauma Center, nous travaillons avec des mesures élémentaires, comme celle du rythme cardiaque et respiratoire. Nous aidons les patients à évoquer et à remarquer des sensations corporelles en tapotant des points d'acupression¹⁹. Les

interactions rythmiques avec autrui marchent aussi : échanger des balles sur la plage, rebondir sur un ballon de Pilates, tambouriner, ou danser sur de la musique.

L'engourdissement est le revers de la médaille dans le SSPT. De nombreux traumatisés non traités commencent comme Stan, avec des flash-back explosifs, puis s'engourdissent au fil du temps. Mais si revivre le traumatisme est dramatique, effrayant et potentiellement autodestructeur, un manque de présence peut devenir encore plus nocif. C'est particulièrement un problème avec les enfants traumatisés. Ceux qui extériorisent leur souffrance ont tendance à se faire remarquer ; les enfants absents, eux, ne dérangent personne et continuent à démolir peu à peu leur avenir.

APPRENDRE À VIVRE DANS LE PRÉSENT

Le problème, dans le traitement du traumatisme, n'est pas seulement d'affronter le passé mais, plus encore, d'améliorer la qualité de la vie quotidienne. L'une des raisons pour lesquelles les souvenirs traumatiques finissent par dominer dans le SSPT est qu'il est extrêmement difficile de se sentir pleinement vivant dans le présent. Quand on ne peut pas être tout à fait là, on se replie quelque part où on a eu l'impression d'être vivant – même si cet endroit est plein d'horreur et de souffrance.

Beaucoup d'approches thérapeutiques du SSPT se concentrent sur la désensibilisation au passé, dans l'espoir que la réexposition au traumatisme diminuera les explosions émotionnelles et les flash-back. À mon avis, ces méthodes sont fondées sur une incompréhension de ce qui se passe dans le stress traumatique. Nous devons, avant tout, aider les patients à vivre pleinement et en sécurité dans le présent. Pour y arriver, il nous faut retrouver les structures cérébrales dont ils ont été coupés quand le traumatisme les a submergés. La désensibilisation peut rendre moins réactif, mais si on ne trouve pas de satisfaction dans les choses quotidiennes – flâner, cuisiner, ou jouer avec ses enfants –, on passe à côté de sa vie.

LES RELATIONS CORPS-ESPRIT

« La vie est affaire de rythme. Nous vibrons, notre cœur pompe du sang. Nous sommes, en fin de compte, une boîte à rythmes. »

Mickey Hart

En 1872, vers la fin de sa carrière, Charles Darwin a publié *L'Expression des émotions chez l'homme et les animaux*¹. Jusqu'à une période récente, presque toutes les discussions scientifiques sur les théories de Darwin se concentraient sur *L'Origine des espèces* (1852) et *La Descendance de l'homme* (1871). Mais *L'Expression des émotions* s'avère une exploration extraordinaire des fondements de la vie émotionnelle, un livre truffé d'observations et d'anecdotes tirées de décennies de recherche, ainsi que d'histoires personnelles sur les enfants de Darwin et ses animaux domestiques. C'est aussi une étape décisive dans l'édition car il fut l'un des premiers livres enrichis par des photographies. (La photo était alors un procédé assez nouveau et, comme la plupart des savants, Darwin tenait à recourir aux toutes dernières techniques pour appuyer ses théories.) Ce livre est toujours disponible aujourd'hui, notamment dans une édition américaine admirablement préfacée et commentée par Paul Ekman, pionnier de l'étude des émotions au xx^e siècle.

Darwin commence son traité en notant l'organisation physique commune à tous les mammifères, dont les êtres humains : les

poumons, les reins, le cerveau, les organes digestifs, et les organes sexuels qui maintiennent et perpétuent la vie. Même si, aujourd'hui, nombre de scientifiques l'accuseraient d'anthropomorphisme, il s'associe aux amis des animaux quand il déclare : « L'Homme et les animaux supérieurs [...] ont quelques instincts communs. Tous possèdent les mêmes sens, les mêmes intuitions, éprouvent les mêmes sensations; ils ont des passions, des affections et des émotions semblables, même les plus compliquées, telles que la jalousie, la méfiance, l'émulation, la reconnaissance et la magnanimité². » Il observe que les humains partagent certains signes physiques de l'émotion animale. Avoir la chair de poule quand on a peur, ou montrer les dents lorsqu'on est en colère : voilà, selon lui, des vestiges indéniables d'un long processus d'évolution.



« Quand un homme raille ou rabroue l'un de ses semblables, le coin de sa lèvre supérieure se relève-t-il en découvrant sa canine, du côté qui fait face à celui auquel il s'adresse? » (Charles Darwin, 1872)³.

Pour Darwin, les émotions des mammifères sont fondamentalement ancrées dans la biologie : elles sont la source de motivation indispensable pour amorcer l'action. Les émotions (du latin *emovere*, « mouvoir hors de ») donnent forme et direction à tout ce que nous faisons, et leur expression principale passe par les muscles du corps et du visage. Ces mouvements physiques et faciaux révèlent notre état mental et nos intentions : les signes de la colère et les postures menaçantes invitent les autres à reculer. La tristesse attire

l'attention et la sollicitude. La peur signale l'impuissance ou prévient d'un danger.

On perçoit d'instinct la dynamique entre deux personnes rien qu'à leur état de tension ou de détente, à leur ton ou à leur posture, à leur physionomie changeante. Si on regarde un film dans une langue étrangère, on peut toutefois deviner la nature du rapport entre les personnages. Et on peut déchiffrer les attitudes des autres mammifères (chiens, singes, ou chevaux) de la même manière.

Darwin poursuit en observant que l'objectif premier des émotions est d'amorcer un mouvement qui restaure la sécurité et l'équilibre physiques de l'organisme. Sur l'origine de ce qu'on appellerait aujourd'hui le syndrome de stress post-traumatique, il repère des comportements d'évitement ou de fuite face au danger qui ont clairement évolué pour rendre chaque organisme compétitif dans la lutte pour la survie. Toutefois, un comportement de fuite ou d'évitement trop prolongé desservirait l'animal en ce que la préservation de l'espèce tient à la reproduction qui, à son tour, dépend des activités d'alimentation, de recherche d'abri et d'accouplement, activités qui sont toutes les « réciproques » (c'est-à-dire opposées) de la fuite et de l'évitement.

En d'autres termes, si un organisme est bloqué en mode survie, son énergie se concentre sur la lutte contre des ennemis invisibles, ne laissant aucune place pour l'alimentation, l'amour et l'autoprotection. Pour les hommes, cela signifie que, tant que leur esprit se défend contre de vagues attaques, leurs liens les plus étroits sont menacés, de même que leur aptitude à imaginer, à prévoir, à jouer, à apprendre et à tenir compte des besoins des autres.

Darwin a également écrit sur des rapports entre le cerveau et le corps que l'on continue d'explorer aujourd'hui. Il remarque que les émotions fortes frappent non seulement le cerveau, mais aussi les entrailles car le cœur, les intestins et le cerveau communiquent intimement via le nerf parasympathique, qui joue un rôle crucial dans l'expression et la gestion des émotions chez les hommes et les animaux. Quand l'esprit est fortement excité, il affecte aussitôt l'état

des viscères, provoquant de nombreuses actions et réactions entre ces deux organes, les plus importants du corps.

Lorsque j'ai découvert ce passage, je l'ai relu avec un enthousiasme grandissant. Bien sûr, nos émotions les plus ravageuses nous tordent les boyaux et nous brisent le cœur. Tant qu'on perçoit les émotions avant tout dans sa tête, on peut rester assez maître de soi, mais avoir l'impression que sa poitrine est écrasée ou qu'on vous a frappé à l'estomac est insupportable. On fera n'importe quoi pour dissiper ces souffrances viscérales – s'accrocher désespérément à un proche, s'insensibiliser par les médicaments ou l'alcool, pour remplacer ces émotions bouleversantes par des sensations définissables. Combien de problèmes de santé mentale – de la dépendance à la drogue et à l'automutilation – commencent par des tentatives pour supporter la douleur physique des émotions ? Si Darwin a raison, ai-je pensé, la solution consiste à trouver des moyens d'aider les gens à modifier leur paysage sensoriel interne.

Jusqu'à une période récente, la communication bidirectionnelle entre l'esprit et le corps était largement ignorée par la science occidentale, même si elle joue depuis longtemps un rôle central dans les thérapeutiques traditionnelles de nombreux pays du monde, notamment l'Inde et la Chine. Aujourd'hui, elle transforme notre compréhension du traumatisme et de la guérison.

IVAN PAVLOV ET L'INSTINCT D'ORIENTATION

Un autre grand pionnier qui a énormément contribué à la compréhension des effets du traumatisme est le savant russe Ivan Pavlov. En 1904, il a reçu le prix Nobel pour sa découverte du « réflexe conditionné », un phénomène qui figure dans la plupart des cours d'introduction à la psychologie : nous avons l'eau à la bouche quand nous entendons une sonnette signalant que le repas va être servi. Mais si elle commence à sonner de façon aléatoire, et si nous trouvons le buffet vide chaque fois que nous allons remplir notre

assiette, nous apprenons à ne plus l'écouter et son bruit ne nous fait plus saliver.

Perdre ce genre d'associations automatiques entre la sonnette et la nourriture a pour nom « extinction ». C'est le fondement de la thérapie comportementale et cognitive (TCC), qui expose les patients de façon répétée à un signal leur rappelant un traumatisme passé, jusqu'à ce que le système interprétatif de leur cerveau perçoive qu'ils sont, en fait, en sécurité et que l'alarme est juste un bruit, une sensation ou une image qui ne constitue plus une menace.

Ce que l'on sait moins, c'est qu'en 1924 Pavlov a fait une autre découverte capitale liée au traumatisme. À Saint-Pétersbourg, au printemps de cette année-là, la Neva, gonflée par le dégel, avait inondé son laboratoire en sous-sol, noyant les cages des chiens qui lui servaient de cobayes. Coincés dans l'eau glacée, ils ne pouvaient pas s'échapper. Les chiens ont survécu mais, après la décrue, ils ont continué d'être terrifiés, bien qu'ils n'aient pas été physiquement blessés. Un grand nombre d'entre eux ont « craqué » émotionnellement et physiologiquement. Beaucoup restaient inertes, prêtant à peine attention à ce qui se passait autour d'eux.

Pavlov a interprété cette attitude comme un signe d'une terreur persistante, qui avait oblitéré toute curiosité pour leur environnement. Nous savons maintenant que l'immobilité physique et la perte de curiosité sont également typiques des adultes et des enfants traumatisés. Certains chiens se blottissaient dans un coin de leur cage et d'autres, auparavant dressés, se jetaient sauvagement sur leurs dompteurs – des comportements, à nouveau, bien connus aujourd'hui chez les traumatisés.

Pavlov a démontré que, après avoir été exposés à un stress extrême, les animaux trouvaient un nouvel équilibre interne. Ses chiens traumatisés continuaient d'agir comme s'ils couraient un grave danger longtemps après que les eaux de la Neva s'étaient retirées. Quand il a mesuré leurs données physiologiques, il a trouvé des hausses comme des baisses de rythme cardiaque en réponse à des stress mineurs, des signes d'instabilité du système nerveux

autonome, et des réactions de sursaut à de légers changements dans leur environnement, comme l'approche des assistants du laboratoire.

Il a attribué ces altérations spectaculaires à « l'existence de deux réflexes physiques antagonistes » : pendant l'inondation, ses chiens avaient été immobilisés – bloqués dans leurs cages – alors que leur corps était programmé à fuir devant un danger de mort. Cela avait provoqué une « collision entre deux processus contraires : un mécanisme d'excitation et un mouvement d'inhibition, lesquels étaient difficilement conciliables... [ce qui avait] causé une rupture de l'équilibre⁴ ». C'était sans doute la première fois qu'un savant décrivait le phénomène de « choc inéluctable », l'état dans lequel l'organisme ne peut rien *faire* pour influencer sur l'inévitable. Comme on l'a vu au chapitre 2, être confronté à l'incapacité d'agir mène à l'« impuissance apprise », un phénomène d'une importance cruciale pour comprendre et traiter les hommes humiliés et traumatisés. Après tout, la souffrance des chiens dans leurs cages n'était peut-être pas si différente de celle d'enfants tyrannisés par leurs parents et qui n'ont nulle part où aller, ou de femmes coincées dans des mariages violents qui se débattent avec deux élans contraires : l'envie de maintenir un lien d'amour, et l'instinct d'échapper à la douleur et à la trahison.

Par ailleurs, Pavlov a noté que ses chiens ne réagissaient pas tous à l'inondation de la même façon : ils étaient influencés par leur caractère préexistant. Il a donc classé ses cobayes en quatre tempéraments de base : très excitables, vifs, calmes et imperturbables. Chaque type de chien réagissait différemment au stress. Certains ne répondaient plus à leurs gardiens et ne réagissaient pas aux bruits forts. D'autres souffraient d'une « inhibition paradoxale » : des stimuli faibles, comme des sons ténus, créaient des réponses extrêmes, alors qu'ils réagissaient tout juste aux bruits qui ébranlaient la plupart de leurs semblables. On assiste aux mêmes réactions chez les traumatisés : une femme qui a été battue la nuit précédente peut s'emporter contre moi parce que je la reçois avec un peu de retard,

alors qu'elle a peut-être à peine réagi à la brutalité de son compagnon.

Pavlov a décrit une autre réaction, qu'il a désignée comme le stade « ultraparadoxal », chez des animaux qui réagissaient positivement à des stimuli négatifs, comme la faim ou des bruits très forts. Cela me rappelle les correspondants de guerre qui souffrent d'avoir assisté à la mort de leurs camarades, mais qui brûlent de retourner dans une zone de combat parce que c'est le seul endroit où ils se sentent vivants.

Les observations de Pavlov sur les réactions de ses chiens à l'inondation l'ont conduit à la dernière étude majeure de sa carrière : l'exploration du « réflexe d'orientation », le « facteur », selon lui, « le plus important de la vie⁵ ». Toutes les créatures ont besoin de s'orienter : elles doivent s'organiser pour survivre – en bâtissant un abri pour l'hiver, en s'appropriant un partenaire, ou en apprenant des savoir-faire pour se nourrir. L'un des effets les plus destructeurs du traumatisme est qu'il altère souvent le réflexe d'orientation. Comment aide-t-on les gens à retrouver l'énergie de s'engager dans la vie et de s'épanouir ? Tout comme Darwin, Pavlov a compris que le sens de l'orientation repose à la fois sur le mouvement et les émotions. Les émotions propulsent dans l'action : positives, elles poussent vers ce qui tend à satisfaire les appétits, alimentaires, sexuels, etc. ; négatives, elles portent à se défendre et à protéger ses petits. Cela nous mène à considérer les mouvements et les émotions non seulement comme des problèmes à régler, mais comme des atouts à combiner pour renforcer le sens de l'orientation.

UNE FENÊTRE DANS LE SYSTÈME NERVEUX

Tous les petits signes qu'on perçoit d'instinct pendant un dialogue – les tensions du visage de l'autre, les mouvements de ses yeux, la vitesse et le ton de sa voix – comme les fluctuations de notre paysage intérieur – salivation, respiration et rythme cardiaque – sont liés par un seul système régulateur⁶. Ils sont tous le

fruit d'une synchronie entre les deux branches du système nerveux autonome (SNA) : la partie sympathique, qui agit comme l'accélérateur du corps, et la parasympathique, qui lui sert de frein⁷. Ce sont les « réciproques » (c'est-à-dire les opposés) dont parlait Darwin, et leur interaction joue un rôle important dans la gestion de l'énergie du corps : l'une prépare sa dépense, l'autre sa conservation.

Le système nerveux sympathique (SNS) est chargé de l'excitation, qui inclut la réponse de lutte ou de fuite (le « comportement de fuite ou d'évitement » de Darwin). Il y a près de deux millénaires, le médecin grec Galien a nommé ce système « sympathique » parce qu'il avait remarqué qu'il fonctionnait *avec* les émotions (*sym pathos*). Le système nerveux sympathique fait affluer le sang vers les muscles pour qu'ils agissent vite, en partie en poussant les glandes surrénales à sécréter de l'adrénaline, qui accélère le rythme cardiaque et augmente la pression artérielle.

La seconde branche du système nerveux autonome est le système nerveux parasympathique (ou SNP, « contre les émotions »), qui soutient les fonctions d'autoconservation comme la digestion et la cicatrisation. Il provoque la libération de l'acétylcholine pour freiner l'excitation, ralentir le cœur, détendre les muscles et ramener la respiration à la normale. Comme l'a fait remarquer Darwin, les « activités d'alimentation, d'abritement et d'accouplement » dépendent du système nerveux parasympathique.

Il existe un moyen simple de percevoir soi-même ces deux systèmes. Quand on respire profondément, on active le système nerveux sympathique, lequel produit de l'adrénaline qui accélère le cœur – voilà pourquoi les athlètes prennent de brèves inspirations profondes avant une compétition. Expirer active, à son tour, le système nerveux parasympathique, qui ralentit le rythme cardiaque. Si on suit un cours de yoga ou de méditation, on sera amené à prêter une attention particulière à l'expiration, car les longues expirations profondes aident à se calmer. Quand on respire, le cœur accélère et ralentit sans cesse et, pour cette raison, l'intervalle entre deux battements successifs n'est jamais tout à fait le même. Une mesure dite

«variabilité de la fréquence cardiaque» (VFC) peut servir à tester la souplesse de ce système : une bonne variabilité – plus le rythme du cœur fluctue, mieux c'est – indique que l'accélérateur et le frein du système d'excitation fonctionnent bien et s'équilibrent. L'acquisition d'un instrument pour mesurer la variabilité cardiaque a été une avancée capitale au Trauma Center, et j'expliquerai au chapitre 16 comment la VFC peut être utilisée pour aider à traiter le syndrome de stress post-traumatique.

LE CODE D'AMOUR NEURONAL ⁸

En 1994, Stephen Porges* a présenté la théorie polyvagale, fondée sur les premières observations de Darwin et complétée par cent quarante ans de découvertes scientifiques. (Le terme «polyvagale» désigne les multiples branches du nerf vague – le nerf «pneumogastrique» de Darwin – qui relie de nombreux organes, dont le cerveau, le cœur, les poumons, les intestins et l'estomac.) Cette théorie a considérablement affiné la compréhension de la biologie de la sécurité et du danger, qui repose sur l'interaction subtile entre les expériences viscérales et les visages et les voix de l'entourage. Elle a permis d'expliquer pourquoi un visage bienveillant ou un ton apaisant peut changer radicalement ce que l'on éprouve ; se savoir vu et entendu par les personnes que l'on chérit peut donner une sensation de calme et de sécurité ; le rejet ou l'indifférence peuvent causer des réactions de rage ou un effondrement psychique. Enfin, elle a précisé les raisons pour lesquelles une empathie profonde peut nous sortir d'un état de confusion ou de crainte⁹.

Bref, la théorie de Porges a permis de voir au-delà des effets de lutte ou de fuite pour placer les rapports sociaux au cœur de la compréhension du traumatisme. Elle a également suggéré de nouvelles

* Un éminent chercheur en psychologie, en neurosciences et en biologie évolutive, aujourd'hui professeur de psychiatrie à l'université de Caroline du Nord. (N.D.T.)

méthodes de guérison, axées sur le renforcement du système physiologique qui régule l'excitation.

L'Homme possède une écoute très fine des fluctuations émotionnelles des personnes (et des animaux) qui l'entourent. De légères variations dans la tension du front, des rides autour des yeux, de la courbure des lèvres, lui signalent rapidement si quelqu'un est à l'aise, détendu, effrayé ou méfiant¹⁰. Ses neurones miroirs enregistrent ce qu'ils perçoivent, et son corps s'adapte intérieurement à cette information. De même, les muscles de son visage annoncent aux autres s'il est excité ou calme, si son cœur s'emballe, s'il est prêt à fuir ou à se jeter sur eux. Quand une personne lui envoie le message : « Tu n'as rien à craindre de moi », il se détend. Si, par chance, elle est bienveillante, il se sent réconforté en la regardant dans les yeux.

La culture occidentale nous enseigne à nous concentrer sur la singularité personnelle, mais à un niveau plus profond, l'homme existe à peine en tant qu'organisme individuel. Son cerveau est conçu pour l'aider à se conduire comme un membre d'une tribu. Il fait partie de cette tribu même quand il est seul – par exemple, en écoutant de la musique (que d'autres ont composée), en regardant un match à la télévision (ses propres muscles se bandent quand les joueurs s'élancent), en préparant un tableau pour une réunion commerciale (en prévision des réactions du patron). L'essentiel de notre énergie est consacré aux relations avec autrui.

Si on regarde au-delà de la liste des symptômes qui reçoivent des diagnostics psychiatriques, on s'aperçoit que chaque souffrance psychique, ou presque, inclut des difficultés soit à créer des relations stables et satisfaisantes, soit à réguler l'excitation (par exemple chez les gens qui, régulièrement, piquent des crises, se ferment, sont surexcités ou désordonnés). En général, ces deux types de difficultés se conjuguent. La priorité médicale classique, qui consiste à vouloir découvrir le bon médicament pour traiter un « trouble » précis, tend à nous dissuader de chercher en quoi nos problèmes entravent notre fonctionnement de membres de notre tribu.

SÉCURITÉ ET RÉCIPROCITÉ

Il y a quelques années, j'ai entendu Jerome Kagan, un éminent professeur de psychologie à Harvard, dire au dalai-lama que, pour chaque cruauté commise en ce monde, il y avait des centaines de petits actes de gentillesse et de partage. « La prévalence de la bienveillance sur la malveillance est peut-être une vraie caractéristique de notre espèce. » Pouvoir se sentir en sécurité avec les autres est sans doute l'aspect primordial de la santé mentale ; les liens rassurants sont essentiels pour mener une vie profonde et gratifiante. Beaucoup d'études sur les réactions aux catastrophes ont montré que le soutien social est le plus puissant rempart contre le bouleversement dû au stress et au traumatisme.

Le soutien social ne consiste pas seulement en la présence des autres. Le facteur crucial est la *réciprocité* : être vraiment vu et entendu par notre entourage, sentir qu'une autre personne nous porte dans son cœur. Pour que notre organisme se calme, guérisse et s'épanouisse, il nous faut un sentiment viscéral de sécurité. Aucun médecin ne peut délivrer d'ordonnance d'amitié et d'amour : ce sont des aptitudes complexes et durement acquises. Pas la peine d'avoir été traumatisé pour se sentir gêné, voire paniqué à une fête avec des inconnus – mais le traumatisme peut transformer le monde entier en une foule d'extraterrestres.

De nombreux traumatisés se trouvent chroniquement déphasés avec les personnes qui les entourent. Certains puisent un réconfort dans des groupes où ils peuvent rejouer leur expérience de combat, de viol ou de torture avec des gens qui ont vécu la même épreuve. Se concentrer sur une histoire collective de victimisation et de traumatisme calme l'impression brûlante d'isolement, mais souvent au prix d'un déni des différences individuelles : on ne peut appartenir au groupe que si on observe le code commun.

S'isoler dans un groupe de victimes étroitement défini conduit à développer une vision des autres au mieux non pertinente et, au

pire, dangereuse qui ne mène, en définitive, qu'à augmenter l'aliénation. Les gangs, les partis politiques extrémistes et les cultes religieux peuvent donner un réconfort, mais ils cultivent rarement la souplesse mentale nécessaire pour être pleinement ouvert à ce que la vie a à offrir – et ils ne peuvent donc pas libérer d'un traumatisme. Les hommes qui fonctionnent bien sont capables d'accepter les différences individuelles et de reconnaître l'humanité des autres.

Ces deux dernières décennies, il a été largement admis que, lorsque des gens sont trop anxieux ou trop fermés pour trouver un soulagement auprès des humains, les relations avec d'autres mammifères peuvent aider. Des chevaux, des chiens, voire des dauphins leur offrent une compagnie plus simple, tout en leur apportant un sentiment de sécurité essentiel. Les chiens et les chevaux, en particulier, servent beaucoup à traiter certains groupes de patients traumatisés¹¹.

TROIS NIVEAUX DE SÉCURITÉ

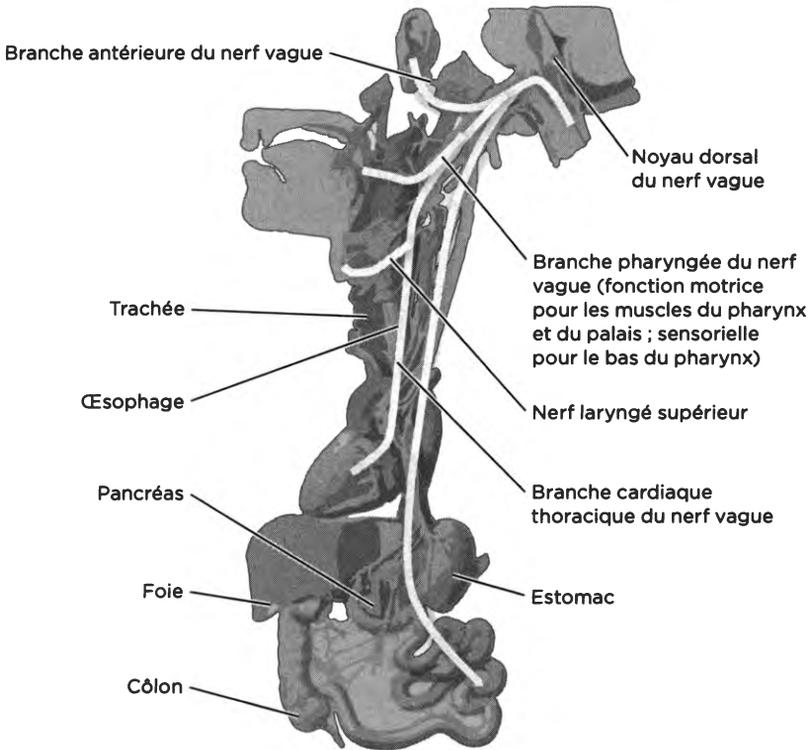
Après le traumatisme, on appréhende le monde avec un autre système nerveux, qui a une perception altérée de la sécurité et du risque. Porges a inventé le mot « neuroception » pour désigner la capacité à évaluer une sécurité et un danger relatifs autour de soi. Quand on tente de soigner des gens dont la neuroception est défectueuse, la difficulté majeure consiste à trouver des moyens de réinitialiser leur physiologie, pour que leurs mécanismes de survie cessent de jouer contre eux. Il faut donc les aider non seulement à bien réagir au danger, mais aussi, et surtout, à retrouver la faculté d'éprouver la sécurité, la détente et la vraie réciprocité.

J'ai longuement interrogé et suivi six rescapés d'un accident d'avion. Deux d'entre eux, ayant perdu conscience lors de la catastrophe mais sans avoir été physiquement blessés, se sont effondrés psychologiquement. Deux autres sont restés en état de panique bien après le début du traitement. Les deux derniers avaient gardé leur

calme et leurs moyens, en aidant à évacuer d'autres passagers des décombres en flammes. J'ai trouvé le même éventail de réponses chez des victimes d'accident de voiture, de viol et de tortures. On a vu, au chapitre précédent, les réactions foncièrement différentes d'Ute et de Stan quand ils ont revécu la catastrophe routière qu'ils avaient subie côte à côte. À quoi tient ce spectre de réponses : concentration, affolement et effondrement ?

La théorie de Porges nous fournit une explication : le système nerveux autonome régule trois états physiologiques fondamentaux. Le niveau de sécurité détermine lequel est activé à un moment donné. Chaque fois qu'on se sent menacé, on se tourne d'instinct vers le premier, *l'engagement social* – en cherchant une aide et un réconfort chez les personnes de notre entourage. Mais si aucune ne nous porte secours, ou si le danger est imminent, on revient à un mode de survie plus primitif : la lutte ou la fuite. On repousse notre assaillant, ou on se sauve en lieu sûr. Mais si cela ne marche pas non plus – on ne peut pas s'enfuir, on est cloué au sol ou coincé –, l'organisme tente de se préserver en se fermant et en dépensant un minimum d'énergie. On se trouve alors en état de *blocage* ou d'*effondrement*.

C'est là que le nerf vague aux multiples branches intervient. Je décrirai brièvement son anatomie parce qu'il est essentiel pour comprendre comment les hommes réagissent à un traumatisme. Le système d'engagement social dépend de nerfs qui partent des centres régulateurs du tronc cérébral, notamment le nerf vague – nommé aussi le « dixième nerf crânien » –, et de nerfs voisins qui activent les muscles du visage, de la gorge, de l'oreille moyenne ou du larynx. Quand le « complexe vagal ventral » (CVV) mène la barque, on répond aux sourires des autres, on hoche la tête lorsqu'ils acquiescent et on fronce les sourcils en entendant les malheurs d'un ami. Quand il est embrayé, il envoie aussi des signaux au cœur et aux poumons, ralentissant le rythme cardiaque et amplifiant la respiration. En conséquence, on se sent calme et détendu, concentré ou agréablement excité.



Le nerf vague aux multiples branches.

Ce nerf (que Darwin nommait « pneumogastrique ») enregistre les sensations de type cœur brisé et estomac noué. Quand on est bouleversé, la gorge devient sèche, la voix tendue, la respiration rapide et superficielle, et le cœur s'accélère.

Toute menace à notre sécurité ou à nos liens sociaux crée des changements dans les zones innervées par le complexe vagal ventral. Quand survient un événement alarmant, nous montrons aussitôt notre angoisse par des expressions faciales et le ton de notre voix, pour faire signe aux autres de nous venir en aide¹². Mais si personne ne réagit, la menace augmente et le cerveau limbique intervient. Le système nerveux sympathique prend la relève, mobilisant nos muscles, notre cœur et nos poumons pour la lutte ou la fuite¹³. Notre voix devient plus stridente, notre cœur se met à pomper plus vite. Si un chien se trouve dans la pièce, il

va s'agiter et gronder, car il pourra sentir nos glandes sudoripares excitées.

Enfin, s'il n'y a aucune issue, que nous ne pouvons rien faire pour empêcher l'inévitable, nous activerons l'ultime système d'urgence : le complexe vagal dorsal (CVD), une partie très ancienne du système nerveux parasympathique. Le CVD, qui descend jusqu'à l'estomac, l'intestin et aux reins, réduit alors radicalement notre métabolisme. Notre rythme cardiaque baisse brutalement (on sent son cœur « lâcher »), on ne peut pas respirer, et nos tripes cessent de marcher ou se vident. C'est le moment où l'on se désengage, où on s'effondre – et on se bloque.



Trois réponses à la menace.

1. Le système d'engagement social : un singe en alerte signale le danger et appelle à l'aide. Complexe vagal ventral.
2. La lutte ou la fuite : le singe montre les dents, avec une expression de terreur et de rage. Système nerveux sympathique.
3. Effondrement : le corps indique la défaite et se rétracte. Complexe vagal dorsal.

LA LUTTE OU LA FUITE *VERSUS* L'EFFONDREMENT

Comme on l'a vu dans les scanners d'Ute et de Stan, le traumatisme ne se traduit pas seulement par la lutte ou la fuite de la victime, mais par sa fermeture et l'incapacité à s'engager dans le présent. À chacune de ces réactions correspond un niveau d'activité cérébrale : le système de lutte ou de fuite mammalien, qui est

protecteur et empêche de se fermer ; et le cerveau reptilien, qui produit la réaction d'effondrement. On peut voir le contraste entre ces deux systèmes dans n'importe quelle animalerie. Les chatons, les chiots et les souris ne cessent de jouer puis, vaincus par la fatigue, ils se blottissent l'un contre l'autre. Au contraire, les lézards et les serpents restent inertes dans un coin de leurs cages, indifférents à leur environnement¹⁴. Cette forme d'immobilité, que génère le cerveau reptilien, est caractéristique chez de nombreux traumatisés chroniques. À l'opposé de la rage et de la panique produites par le système mammalien, qui rendent les victimes d'un traumatisme plus récent si effrayées et, parfois, effrayantes.

Tout le monde connaît la réaction typique de lutte ou de fuite, l'agressivité au volant : un danger soudain déclenche une forte impulsion à agir en attaquant. Le péril coupe le système d'engagement social, abaisse la réactivité à la voix humaine et augmente la sensibilité aux sons menaçants. Toutefois, pour bien des gens, la panique et la rage sont préférables à la réaction inverse : la fermeture et le retrait du monde. Activer le système de lutte ou de fuite donne au moins l'impression d'avoir de l'énergie. Voilà pourquoi beaucoup de victimes de maltraitance et de traumatisme se sentent pleinement vivantes face à un vrai danger, alors qu'elles sont paralysées dans des circonstances plus complexes, mais objectivement sans danger, comme des fêtes d'anniversaire ou des repas de famille.

Lorsque fuir ou se battre n'écarte pas la menace, on active le dernier recours : le cerveau reptilien, l'ultime système d'urgence. C'est le plus apte à s'enclencher quand on est physiquement bloqué, ou cloué au sol par un agresseur. L'effondrement et le désengagement sont contrôlés par le complexe vagal dorsal, qui est associé à des symptômes digestifs comme la diarrhée ou la nausée. Il ralentit aussi le cœur et déclenche la respiration superficielle. Dès que ce système prend le dessus, les autres – et soi-même – n'ont plus d'importance. On ferme sa conscience, et on ne perçoit peut-être même plus la douleur physique.

COMMENT NOUS DEVENONS HUMAINS

Selon la formidable théorie de Porges, le complexe vagal ventral a évolué chez les mammifères pour étayer une vie sociale de plus en plus complexe. Tous les mammifères, dont les humains, se rassemblent pour s'accoupler et nourrir leurs petits, se défendre contre des ennemis communs, et coordonner la chasse et l'acquisition de la nourriture. Plus le complexe vagal ventral synchronise le système nerveux sympathique et parasympathique, plus la physiologie de chaque individu est à l'écoute de celle des membres de sa tribu.

Cette conception du complexe vagal ventral permet de mieux comprendre comment les parents aident naturellement leurs bébés à se réguler. Les nouveau-nés ne sont pas très sociables. La plupart du temps, ils dorment et se réveillent quand ils ont faim. Une fois nourris, ils peuvent passer un moment à regarder autour d'eux, à s'agiter ou à fixer un objet des yeux, mais ils ne tardent pas à se rendre dormir en suivant leur rythme interne. Au début de la vie, ils sont quasiment à la merci du flux et du reflux de leur système nerveux sympathique et parasympathique, et avant tout régis par leur cerveau reptilien.

Mais au fil des jours, à mesure qu'on leur fait des sourires et des gazouillis, on avive l'aptitude synchronisatrice de leur complexe vagal ventral naissant. Ces interactions aident à mettre leur système d'excitation émotionnel en phase avec leur entourage. Le complexe vagal ventral contrôle la succion, la déglutition, les expressions faciales et les sons produits par le larynx. Quand ces fonctions sont stimulées chez les bébés, elles s'accompagnent d'une sensation de plaisir et de sécurité, qui contribue à forger tout leur comportement social futur¹⁵. Comme me l'a appris il y a bien longtemps mon ami Ed Tronick, le cerveau est un organe culturel : il est façonné par l'expérience.

Être au diapason d'autres membres de son espèce via le complexe vagal ventral est hautement gratifiant. Ce qui débute comme le jeu

d'une mère à l'écoute de son enfant continue par la cadence d'un bon match de basket, la synchronie de danseurs de tango, l'harmonie d'un chœur ou d'une formation de jazz – des accords qui, tous, contribuent à créer un profond sentiment de plaisir et de lien.

On peut parler de traumatisme lorsque ce système tombe en panne. Quand on implore la grâce d'un agresseur, mais qu'il n'écoute pas ; lorsque la terreur glace un enfant qui entend sa mère crier sous les coups de son amant ; quand on voit un ami bloqué sous une tôle impossible à soulever. L'immobilisation est à la base de la plupart des traumatismes. Quand on est paralysé, le complexe vagal dorsal prend souvent le dessus : le cœur ralentit, la respiration devient superficielle et, tel un zombie, on perd le contact avec soi-même et son environnement. On se dissocie, on s'effondre et on s'évanouit.

SE DÉFENDRE OU SE DÉTENDRE ?

Steve Porges m'a aidé à prendre conscience qu'une méfiance relative était l'état naturel des mammifères. Mais, pour se sentir proche d'une autre personne, on doit endormir quelque temps son système défensif. Pour pouvoir jouer, s'accoupler et nourrir ses petits, il faut que le cerveau suspende sa prudence naturelle.

De nombreuses victimes d'un traumatisme sont trop sur le qui-vive pour apprécier les plaisirs simples de la vie, d'autres trop engourdis pour intégrer de nouvelles expériences – ou discerner les signes d'un vrai danger. Si les détecteurs de fumée fonctionnent mal, elles ne courent plus quand elles devraient tenter de fuir, et ne ripostent pas lorsqu'elles doivent se défendre. Une étude capitale sur les expériences traumatiques de l'enfance*, dont je parlerai en détail au chapitre 9, a montré que les femmes qui avaient des antécédents

* Adverse Childhood Experiences (ACE). L'expression la plus courante en français est « expériences traumatiques de l'enfance ». Mais aussi « expériences négatives de l'enfance ». (N.D.E.)

d'abandon et de maltraitance étaient sept fois plus exposées au viol à l'âge adulte. Celles qui, dans leur enfance, avaient vu leur mère battue par son partenaire risquaient fortement de subir plus tard des violences familiales¹⁶.

Beaucoup de gens se sentent en sécurité tant qu'ils peuvent limiter leurs rapports sociaux à des échanges superficiels, mais un vrai contact physique peut causer des réactions extrêmes. Or, pour atteindre un échange profondément intime – une étreinte, dormir avec un partenaire, faire l'amour –, il faut se laisser aller à rester immobile sans crainte¹⁷. C'est particulièrement difficile pour les traumatisés de sentir quand ils sont vraiment en sécurité et d'activer leurs défenses quand ils sont en danger. Cela demande de faire des expériences qui peuvent rétablir le sentiment de sécurité physique, un sujet auquel nous reviendrons souvent aux chapitres suivants.

NOUVELLES APPROCHES DU TRAITEMENT

Si nous comprenons que les victimes d'un traumatisme restent bloquées dans un réflexe de lutte ou de fuite, ou dans une attitude de fermeture chronique, comment pouvons-nous les aider à désactiver ces manœuvres défensives qui ont assuré une fois leur survie ?

Certaines personnes ont le don d'y arriver intuitivement, comme Steve Gross*, qui a dirigé le programme de jeu du Trauma Center. Il faisait souvent le tour de la clinique avec un ballon de toutes les couleurs et, quand il voyait un enfant en colère ou figé dans la salle d'attente, il lui lançait un grand sourire. Le gamin réagissait rarement. Un peu plus tard, Steve revenait et faisait tomber « accidentellement » le ballon près du siège de l'enfant. En se penchant pour le ramasser, il le poussait doucement vers le petit qui, habituellement, le renvoyait timidement. Alors, Steve entamait l'échange de passes et, peu après, on les voyait sourire l'un et l'autre.

* Pionnier dans l'utilisation du jeu pour développer la résilience chez les enfants. (N.D.T.)

À partir de gestes simples, fondés sur un accord rythmique, Steve avait créé un petit lieu sûr où le système d'engagement social pouvait commencer à se reconstruire. De même, les gens gravement traumatisés ont souvent plus à gagner à disposer des chaises avant une réunion ou à tambouriner en rythme sur leur siège qu'à rester assis pour discuter des échecs de leur vie.

Une chose est sûre : hurler à la figure d'une personne qui a déjà perdu sa maîtrise de soi ne fait qu'aggraver son état. Comme un chien se recroqueville quand on crie et remue la queue au son d'une voix chantante, les humains réagissent aux hurlements par la peur, la colère ou la fermeture, et aux voix gaies en se détendant. On ne peut tout simplement pas s'empêcher de répondre à ces indicateurs de sécurité ou de danger.

Notre système éducatif, comme de nombreuses méthodes prétendant guérir le traumatisme, a tendance à contourner le système d'engagement social pour mobiliser uniquement les facultés cognitives de l'esprit – et c'est bien triste. Les effets de la peur et de la colère sur la capacité de raisonnement ont beau être connus, de nombreuses approches persistent à ignorer qu'il faut enclencher le système de sécurité du cerveau avant de chercher à promouvoir de nouvelles façons de penser. Les dernières choses à supprimer des programmes scolaires sont la chorale, l'éducation physique, la récréation – toutes les activités qui permettent le mouvement, le jeu, l'engagement joyeux. Lorsque des enfants sont hostiles, sur la défensive, fermés ou furieux, il importe de reconnaître que cette « mauvaise conduite » peut reproduire des modes de comportement qu'ils ont établis pour survivre à de graves menaces, même si cette attitude dérange ou rebute.

Le travail de Porges a eu une influence profonde sur les modes de traitement des enfants battus et des adultes traumatisés au Trauma Center. Certes, à un moment donné, nous aurions probablement fini par mettre sur pied un cours de yoga thérapeutique pour les femmes, car cette pratique s'est avérée très efficace pour les aider à se calmer et à entrer en contact avec leur corps dissocié. De même,

nous aurions sans doute expérimenté un atelier de théâtre dans les écoles du centre de Boston, avec un cours de karaté pour les victimes de viol appelé « modèle d'impact d'agression », ainsi que des techniques de jeu et de stimulation sensorielle, qui sont aujourd'hui utilisés dans le monde entier (chacune de ces méthodes sera explorée dans la cinquième partie du livre).

Mais la théorie polyvagale nous a aidés à comprendre *pourquoi* toutes ces techniques, non conventionnelles et disparates, marchaient si bien. Elle nous a sensibilisés à l'association des approches de haut en bas (visant à activer l'engagement social) et des démarches de bas en haut (destinées à calmer les tensions physiques). Nous étions plus ouverts à la valeur d'approches médicales séculaires, non pharmacologiques, qui avaient été longtemps pratiquées en dehors de la médecine occidentale – et qui vont des exercices de respiration (le pranayama) aux arts martiaux comme le qi gong en passant par les percussions, la psalmodie, le chant et la danse. Toutes reposent sur les rythmes interpersonnels, la conscience viscérale, la communication vocale et faciale, qui aident à sortir des états de lutte ou de fuite, à réorganiser la perception du danger et à mieux faire face aux relations humaines.

Le corps accuse les coups¹⁸. Si la mémoire du traumatisme est codée dans nos entrailles, dans les émotions qui nous brisent le cœur et nous tordent le ventre, dans les maladies auto-immunes et les troubles musculo-squelettiques, et si la communication spirito-cérébro-viscérale est la voie royale vers la régulation des émotions, nous devons changer radicalement nos hypothèses thérapeutiques.

PERDRE SON CORPS, PERDRE SON MOI

« Je voudrais vous prier (...) d'être patient en face de tout ce qui n'est pas résolu dans votre cœur (...) Ne vivez pour l'instant que vos questions. Peut-être finirez-vous par entrer insensiblement, un jour, dans les réponses. »

Rainer Maria Rilke

Lorsque Sherry est entrée dans mon cabinet, elle se tenait voûtée, la tête rentrée dans les épaules, le menton sur la poitrine. Avant même qu'elle ouvre la bouche, son corps me révélait sa peur d'affronter le monde. J'ai aussi remarqué les croûtes sur ses avant-bras, masqués en partie seulement par ses manches longues. Une fois assise, elle m'a dit d'une voix monocorde qu'elle ne pouvait pas s'empêcher de se gratter jusqu'au sang.

Aussi loin que remontaient ses souvenirs, sa mère, assistante familiale, hébergeait souvent jusqu'à quinze enfants étranges, craintifs et effrayants, qui disparaissaient aussi vite qu'ils étaient venus. Sherry avait grandi en s'occupant de ces gamins de passage, avec le sentiment qu'il n'y avait pas de place pour elle ni pour ses besoins. « Je sais que je n'étais pas désirée, m'a-t-elle confié. Je ne me souviens plus quand je l'ai compris, mais j'ai réfléchi à des choses que ma mère m'a dites, et elle ne s'en est jamais cachée. Un jour, elle m'a glissé : "Tu sais, je pense que tu ne fais pas partie de la famille. On a

dû nous donner un autre bébé.” Elle a dit ça en souriant. Mais, sous le couvert de la plaisanterie, les gens disent souvent des choses très sérieuses.»

Au fil des ans, notre équipe de recherche avait déjà souvent observé que les violences psychologiques et les carences affectives peuvent être aussi ravageuses que les sévices corporels et les abus sexuels¹. Sherry en était un exemple vivant : n’être ni vu ni reconnu, n’avoir aucun lieu où se réfugier, est destructeur à tout âge, mais particulièrement chez les jeunes enfants qui tâtonnent pour trouver leur place dans le monde.

Bien que dotée d’un diplôme universitaire, Sherry exerçait un travail de bureau monotone. Elle habitait seule avec ses chats et n’avait pas d’amis proches. Quand je l’ai interrogée sur ses rapports avec les hommes, elle m’a dit n’avoir eu qu’une seule « liaison » : avec un type qui, l’ayant enlevée à La Nouvelle-Orléans où elle était en vacances, l’avait séquestrée cinq jours et violée à plusieurs reprises. Restée pelotonnée, paralysée, terrorisée, elle avait fini par s’apercevoir qu’elle pouvait tenter de s’enfuir, ce qu’elle avait fait pendant qu’il était aux toilettes. Quand elle avait appelé sa mère à l’aide, celle-ci avait refusé de lui parler et c’est avec l’aide d’un foyer d’accueil pour femmes battues que Sherry avait réussi à retourner chez elle.

Elle avait commencé à se gratter la peau, parce que, disait-elle, ça atténuait son sentiment d’engourdissement. Les sensations physiques lui donnaient l’impression d’être plus vivante, mais ravivaient aussi profondément sa honte – elle avait beau savoir qu’elle se maltraitait, c’était plus fort qu’elle. Elle avait déjà consulté nombre de thérapeutes qui, pour la plupart, l’avaient interrogée sur son « comportement suicidaire ». Un psychiatre l’avait même hospitalisée de force, refusant de la soigner si elle ne promettait pas de mettre fin à ce comportement. Or, d’après mon expérience, les patients qui se grattent jusqu’au sang ou s’automutilent sont rarement suicidaires : ils recherchent un mieux-être de la seule manière qu’ils connaissent.

C’est une notion assez difficile à comprendre. Comme je l’ai dit au chapitre précédent, la réaction la plus fréquente à la détresse

consiste à se tourner vers des proches de confiance, pour qu'ils nous aident et nous donnent le courage de continuer. La pratique d'une activité physique comme le vélo, ou l'entraînement en salle, peut aussi apaiser l'angoisse. Dès l'instant où quelqu'un nous nourrit quand on a faim, nous couvre quand on a froid, ou nous berce quand on est effrayé ou blessé, on commence à apprendre ces moyens de réguler ses sentiments. Mais si personne n'a porté un regard aimant sur nous, ne nous a fait de grand sourire en nous voyant, ou n'est accouru à notre aide (mais nous a dit plutôt : « Cesse de chialer, ou je vais te donner des raisons de le faire »), il nous faut trouver d'autres moyens de satisfaire nos besoins. Le risque est alors d'essayer tous les expédients – drogue, alcool, automutilation ou boulimie – qui apportent un certain soulagement.

Sherry avait beau venir régulièrement à ses séances de thérapie et répondre sincèrement à mes questions, je n'avais pas l'impression d'établir avec elle le lien indispensable au succès de la cure. Frappé par son attitude crispée, je lui ai suggéré de consulter Liz, une masseuse-kinésithérapeute avec qui j'avais déjà travaillé. Lorsque Liz l'a reçue, elle lui a demandé de s'étendre. Puis, debout face à la table de massage, elle lui a tenu doucement les pieds. Allongée et les yeux fermés, Sherry a soudain hurlé, paniquée : « Où êtes-vous ? » : elle avait perdu le contact avec Liz, alors que celle-ci était devant elle, les mains posées sur ses pieds.

Sherry a été l'une des premiers patients à m'apprendre que les gens traumatisés et victimes de négligence sont souvent déconnectés de leur corps. J'ai réalisé grâce à elle que ma formation axée sur la compréhension et l'intuition avait omis en grande partie la pertinence du corps vivant, respirant – le fondement de notre être. Sherry savait que se gratter jusqu'au sang était destructeur, que c'était lié à l'indifférence de sa mère, mais comprendre la cause de cette impulsion ne l'aidait en rien à la dominer.

PERDRE SON CORPS

Une fois averti du problème, j'ai été sidéré par le nombre de patients qui disaient ne pas réussir à sentir des parties de leur corps. Je leur demandais parfois de fermer les yeux, pour me dire ce que j'avais placé dans leur main. Qu'il s'agisse d'un ouvre-boîte ou d'une clé de voiture, certains ne pouvaient même pas le deviner : leurs perceptions étaient simplement hors service.

J'en ai discuté avec mon ami Alexander McFarlane, qui avait observé le même phénomène et étudié dans son laboratoire en Australie la manière dont on identifie un objet que l'on tient si on ne le voit pas. Pour pouvoir le reconnaître, il faut sentir sa forme, son poids, sa température et sa texture. Chacune de ces expériences sensorielles est transmise à différentes parties du cerveau, qui doivent les associer en une seule perception. McFarlane a découvert que les gens qui souffrent d'un SSPT ont souvent du mal à se faire une idée d'ensemble².

Lorsque les sens sont étouffés, on n'a plus l'impression d'être pleinement vivant. Dans un article intitulé « Qu'est-ce qu'une émotion³? » (1884), William James, le père de la psychologie américaine, a rapporté un cas frappant d'« insensibilité sensorielle ». « Je n'ai [...] pas de sensations humaines, lui avait dit une femme. [Je suis] entourée de tout ce qui peut rendre la vie heureuse et agréable, et pourtant, la faculté de plaisir et de perception me manque. [...] Chacun de mes sens, chaque partie de moi-même, est comme séparé de moi et ne peut plus m'offrir aucune émotion ; cette incapacité semble dépendre d'un vide à l'avant de ma tête, et être due à une réduction de la sensibilité sur toute la surface de mon corps, car j'ai l'impression de ne jamais vraiment atteindre les objets que je touche. Cela serait assez bénin sans sa conséquence effrayante : l'impossibilité d'éprouver toute forme de sensation et de plaisir, bien que j'en aie une soif qui fait de ma vie une torture incompréhensible. »

Cette réaction au traumatisme soulève une question importante : comment les traumatisés apprennent-ils à intégrer les simples

expériences sensorielles, pour pouvoir vivre avec le flux naturel des émotions et se sentir en sécurité et entiers dans leur corps ?

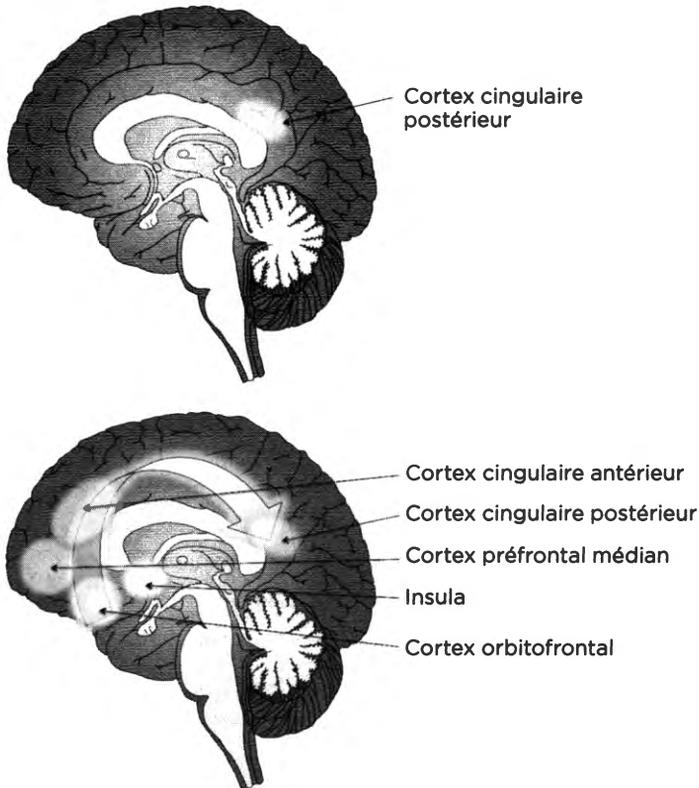
COMMENT SAIT-ON QUE L'ON EST EN VIE ?

Comme les recherches vues au chapitre 3, les premières études de neuro-imagerie sur les traumatisés étaient presque toutes centrées sur la manière dont des sujets réagissaient à des rappels de leur traumatisme. Puis, en 1984, ma collègue Ruth Lanius, qui avait pratiqué les scanners cérébraux d'Ute et Stan, s'est penchée sur une autre question : que se passe-t-il dans le cerveau des traumatisés quand ils *ne pensent pas* au passé ? Ses études sur le cerveau inactif, le « réseau du mode par défaut » (MPD), ont ouvert un tout nouveau champ dans la compréhension de l'impact du traumatisme sur la conscience – notamment sensorielle – de soi-même⁴.

Ruth Lanius a demandé à un groupe témoin de seize cobayes de s'allonger dans un scanner sans penser à rien de particulier. Cela n'est facile pour personne – tant qu'on est éveillé, notre cerveau bouillonne –, mais elle les a invités à se concentrer sur leur respiration en faisant le plus possible le vide dans leur esprit. Puis elle a réitéré l'expérience avec dix-huit personnes qui avaient été gravement et durablement maltraitées dans leur enfance.

Que fait le cerveau quand on n'a rien de spécial en tête ? En fait, il s'avère que l'on prête attention à soi : cet état par défaut active les aires cérébrales qui servent à créer le sentiment du « moi ». Lorsque Ruth a examiné les scanners du groupe témoin, elle a constaté une activation des zones en mode par défaut que d'autres chercheurs avaient déjà décrites. J'aime appeler ces zones la « crête iroquoise de la conscience de soi », car elles partent juste au-dessus des yeux et courent vers l'arrière du crâne le long d'une ligne médiane. Toutes ces structures sont impliquées dans le sentiment du moi. L'aire brillante la plus grande, à l'arrière du cerveau, correspond au cortex cingulaire postérieur, qui donne la sensation physique de l'endroit où nous sommes : c'est notre GPS interne. Il est fortement lié au cortex

préfrontal médian, la tour de guet dont j'ai parlé au chapitre 4, et à des zones cérébrales qui enregistrent des sensations du reste du corps : l'insula, qui retransmet des messages des viscères aux centres émotionnels ; les lobes pariétaux, qui intègrent l'information sensorielle ; et le cortex cingulaire antérieur, qui coordonne les émotions et la pensée. Toutes ces aires contribuent au fonctionnement de la conscience.



Emplacement du moi.

La crête iroquoise de la conscience de soi : partant de l'avant du cerveau (à gauche), elle comprend le cortex orbitofrontal, le cortex préfrontal médian, le cingulaire antérieur, le cingulaire postérieur et l'insula. Chez les gens qui souffrent d'un traumatisme chronique, ces mêmes zones montrent une activité nettement réduite, ce qui rend difficile l'évaluation des états intérieurs et de l'importance des informations entrantes.

Le contraste avec les scanners des dix-huit personnes atteintes d'un SSPT était saisissant. On n'observait quasiment pas chez elles d'activation des aires cérébrales qui servent au sentiment du moi : aucune illumination du cortex préfrontal médian, du cingulaire antérieur, du cortex pariétal ni de l'insula ; la seule zone quelque peu activée était le cingulaire postérieur, qui est responsable de l'orientation de base dans l'espace.

La seule explication à cela était qu'en réaction au traumatisme, et face à la terreur persistante ensuite, ces patients avaient appris à fermer les zones du cerveau qui transmettent les émotions et les sensations viscérales associées à l'effroi. Or, dans la vie quotidienne, c'est dans ces mêmes zones que s'enregistre toute la gamme émotionnelle et sensorielle formant la base de la conscience de soi. Les scanners de ces patients témoignaient d'une adaptation tragique : pour tenter de faire barrage à leurs sensations terrifiantes, ils avaient aussi endormi leur capacité à se sentir pleinement vivants.

La disparition de l'activation préfrontale médiane pourrait expliquer pourquoi tant de traumatisés perdent la motivation et leur sens de l'orientation. J'avais toujours été surpris par le nombre de patients qui me demandaient un avis sur les choses les plus banales, mais le suivaient rarement. Je comprenais maintenant que leur lien avec leur réalité intérieure était altéré. Comment réussir à prendre des décisions, à mettre en œuvre un projet, s'ils ne pouvaient définir ce qu'ils voulaient ou, plus précisément, ce que leurs sensations – la base de toutes les émotions – cherchaient à leur dire ?

Les victimes d'un traumatisme infantile chronique manquent parfois de conscience de soi au point de ne pas pouvoir se reconnaître dans un miroir. Les scanners cérébraux montrent alors que cela ne vient pas d'une simple inattention : il se peut que les structures chargées de la reconnaissance de soi aient été coupées, tout comme celles liées à l'expérience de soi.

Quand Ruth Lanius m'a montré ses résultats, un souvenir de lycée m'est revenu en mémoire. En découvrant l'effet du levier, Archimède aurait dit : « Donnez-moi un point d'appui, et je soulèverai le

monde.» Ou, pour reprendre la formule de Feldenkrais, un pionnier de la thérapie somatique au xx^e siècle : « On ne peut pas faire ce qu'on veut avant de savoir ce qu'on fait. » Les conséquences à en tirer étaient claires : pour se sentir présent, on doit savoir où on est et avoir conscience de ce qui nous arrive. Si le système de sensation de soi tombe en panne, il faut trouver des moyens de le réactiver.

LE SYSTÈME DE SENSATION DE SOI

J'ai été ravi de voir que les massages faisaient beaucoup de bien à Sherry. Elle se sentait plus détendue et plus audacieuse dans sa vie quotidienne, plus à l'aise avec moi aussi. Elle s'est alors investie à fond dans la thérapie, en se montrant vraiment curieuse de son comportement, de ses sentiments et de ses pensées. Elle a cessé de se gratter et, l'été venu, elle a commencé à passer des soirées sur son perron, à bavarder avec ses voisins. Elle s'est même inscrite dans une chorale – ce qui est une merveilleuse expérience de synchronie.

C'est à peu près à cette époque que j'ai rencontré, dans un petit groupe de réflexion à Harvard, le neurologue Antonio Damasio qui, dans une série de livres et d'articles brillants, a mis en lumière le lien entre les états corporels, les émotions et la survie. Après avoir soigné des centaines de cérébro-lésés, il était fasciné par la conscience et par l'identification des zones du cerveau nécessaires à la connaissance des sensations, et il a consacré sa carrière à dresser la carte des zones responsables de l'expérience du moi. *Le Sentiment même de soi*, à mon avis son livre majeur, a été pour moi une révélation⁵. Damasio commence par souligner le grand fossé entre le sentiment de soi et la vie sensorielle du corps. Comme il l'explique de façon poétique : « Parfois, nous utilisons notre esprit, non pas pour découvrir des faits, mais pour les cacher, en transformant en écran un recoin de l'âme [...]. Une des choses que cet écran masque le plus efficacement est le corps, notre corps – j'entends par là ses profondeurs. Tel un voile jeté sur la peau pour protéger sa pudeur, il

couvre en partie les états intérieurs du corps, ceux qui forment le cours de la vie dans ses pérégrinations quotidiennes⁶. »

Sur quoi, Damasio montre comment cet « écran » nous rend service en nous permettant de nous occuper de problèmes urgents dans le monde extérieur. Mais ce service a un prix : il « tend à nous empêcher de sentir la nature et l'origine possibles de ce que nous appelons Soi⁷ ». En s'appuyant sur les travaux de William James un siècle auparavant, Damasio affirme que le noyau de la conscience de soi repose sur les sensations physiques qui indiquent les états intérieurs du corps : « Les sentiments primordiaux offrent une expérience directe du corps vivant, muet, sans ornement, qui est purement liée à la simple existence. Ces sentiments primordiaux reflètent l'état actuel du corps dans des dimensions diverses [...] sur l'échelle qui va du plaisir à la douleur, et trouvent leur origine plutôt au niveau du tronc cérébral que du cortex. Toutes les émotions sont des variations musicales complexes de sentiments primordiaux⁸. »

Notre monde sensoriel commence à prendre forme dans le ventre maternel. Nous sentons le liquide amniotique contre notre peau, entendons les bruits ténus de la circulation sanguine, tanguons et roulons au gré des mouvements de notre mère. Après notre naissance, nos sensations physiques définissent notre relation aux autres et à nous-mêmes. Nous commençons par être notre faim, notre satiété et notre envie de dormir. Une cacophonie de sons et d'images incompréhensibles afflue dans notre système nerveux encore vierge. Même après l'acquisition de la conscience et du langage, notre système de détection corporel nous renvoie à chaque instant un feedback essentiel quant à notre état. Son bourdonnement constant nous transmet des fluctuations – dans nos muscles, nos membres ou nos viscères – qui signalent la douleur et le bien-être, et des envies irrépressibles comme la faim et la soif. Ce qui se passe autour de nous affecte nos sensations. Voir une personne connue, entendre certains sons – un morceau de musique, une sirène – ou sentir un changement de température : tout cela déplace notre attention et amorce, à notre insu, nos pensées et nos actes ultérieurs.

La tâche du cerveau consiste, on l'a vu, à surveiller et à écouter en permanence ce qui se passe en nous et autour de nous. Ses évaluations sont transmises par des messages – chimiques dans la circulation sanguine, électriques dans les nerfs – qui entraînent des variations subtiles ou spectaculaires dans tout notre organisme. En général, ces changements ont lieu de manière totalement inconsciente. Les régions sous-corticales sont étonnamment efficaces pour réguler la respiration, le rythme cardiaque, la digestion, les sécrétions hormonales et le système immunitaire. Mais ces systèmes peuvent être débordés si l'on est exposé à une menace continue, voire à la perception d'un danger. Cela explique l'étendue de la gamme des troubles somatiques que les chercheurs ont relevés chez les traumatisés.

Pourtant, le moi conscient joue aussi un rôle vital dans le maintien de l'équilibre interne. On a besoin de percevoir ses sensations et d'agir en fonction pour garder son corps en sécurité. Se rendre compte que l'on a froid incite à enfiler un pull ; un creux à l'estomac pousse à prendre un en-cas ; la pression d'une vessie pleine conduit aux toilettes. Si toutes les structures cérébrales qui enregistrent les sensations profondes sont situées près des zones qui contrôlent les fonctions d'entretien élémentaires – respiration, appétit, élimination et cycles veille/sommeil –, observe Damasio, « c'est parce que les effets des émotions et de l'attention sont entièrement liés à la tâche fondamentale de gérer la vie dans l'organisme [...]. Il n'est pas possible de remplir cette fonction ni de maintenir l'équilibre homéostatique sans données sur l'état actuel du corps⁹ ». Damasio nomme « proto-soi » ces zones d'entretien cérébrales parce qu'elles créent la connaissance non verbale qui sous-tend le sentiment conscient du moi.

LE MOI MENACÉ

En l'an 2000, dans un article publié dans *Science*, Damasio et ses collègues ont établi que revivre une forte émotion négative était source de changements importants dans les zones du cerveau qui

reçoivent des signaux des muscles, de l'intestin et de la peau – des zones cruciales pour la régulation des fonctions corporelles de base. Ils l'illustraient par des scanners montrant que le rappel d'un événement émotionnel conduit à éprouver de nouveau les sensations viscérales endurées lors du choc initial. Chaque type d'émotion provoquait une réaction caractéristique, différente des autres. Par exemple, telle partie du tronc cérébral était « active sous l'effet de la tristesse et de la colère, pas du bonheur ni de la peur¹⁰ ». Toutes ces aires cérébrales sont situées sous le système limbique, celui auquel les émotions sont attribuées traditionnellement. Pourtant, on perçoit leur intervention chaque fois qu'on utilise une formule qui associe au corps une émotion forte, comme « Mon cœur se serre » ou « J'ai la gorge nouée ».

Le système élémentaire du moi, dans le tronc cérébral et le système limbique, est massivement activé face à une menace d'anéantissement entraînant une terreur bouleversante, doublée d'une excitation physiologique intense. Pour les gens qui revivent un traumatisme, rien n'a de sens : ils sont coincés dans une situation de vie ou de mort, de peur paralysante ou de colère aveugle. Leur esprit et leur corps sont toujours excités, comme s'ils couraient un danger imminent. Ils sursautent au plus léger bruit et une légère irritation les contrarie. Ils souffrent de troubles du sommeil chroniques et ne prennent souvent plus plaisir à manger. Un tel état peut justifier des tentatives désespérées d'enrayer ces sensations pénibles en se bloquant ou en s'en dissociant¹¹.

Comment redevient-on maître de soi quand le cerveau animal est coincé dans la lutte pour la survie ? Si ce qui se passe au fond du cerveau reptilien dicte ce que l'on éprouve, et si les sensations sont orchestrées par des structures cérébrales sous-corticales (subconscientes), jusqu'où peut-on vraiment les dominer ?

L'AUTONOMIE : DIRIGER SA VIE

Le terme d'autonomie désigne le sentiment d'avoir une certaine maîtrise sur sa vie : savoir où l'on se trouve, qu'on a son mot à dire

dans ce qui nous arrive, et un certain pouvoir d'influer sur sa situation. Les patients qui donnaient des coups de poing sur les murs de la clinique des anciens combattants cherchaient à affirmer leur autonomie – à faire bouger les choses. Mais ils finissaient par se sentir encore plus incontrôlables, et ces hommes autrefois sûrs d'eux étaient souvent coincés dans un cycle oscillant entre la frénésie et l'immobilité.

L'autonomie commence par ce que les scientifiques nomment l'« intéroception », la conscience subtile des états intracorporels : plus cette conscience est grande, plus on peut contrôler sa vie. Savoir ce qu'on ressent est le premier pas pour savoir pourquoi on éprouve une telle impression. Si on est conscient des changements constants qui ont lieu en soi et hors de soi, on peut se mobiliser pour les réguler. Mais on ne peut le faire que si sa tour de guet, le cortex préfrontal médian, apprend à observer ce qui se passe en soi. Voilà pourquoi la pratique de la pleine conscience, qui renforce cette structure, est la pierre angulaire du dépassement du traumatisme¹².

Le merveilleux film *La Marche de l'empereur* m'a fait penser à certains de mes patients. On est bouleversé de découvrir que, depuis la nuit des temps, les manchots, ces animaux attachants, traversent des épreuves inouïes, parcourent des kilomètres pour atteindre leurs zones de reproduction, perdent de nombreux œufs viables que le froid détruit, avant de regagner péniblement la mer, quasi morts de faim. S'ils avaient nos lobes frontaux, ils auraient utilisé leurs petites ailes pour construire des igloos, auraient conçu une meilleure division du travail et organisé autrement leur ravitaillement. Beaucoup de mes patients ont survécu au traumatisme grâce à une ténacité et à un courage extrêmes – pour retomber ensuite, encore et toujours, dans les mêmes ornières. Le traumatisme a bloqué leur boussole interne, les privant de l'imagination nécessaire pour trouver une meilleure solution.

Les neurosciences de l'individualité et de l'autonomie confirment la justesse des formes de thérapie que mes amis Peter Levine¹³ et Pat

Ogden¹⁴ ont élaborées. Je parlerai plus en détail de ces méthodes et d'autres approches sensorimotrices dans la cinquième partie de ce livre, mais, en gros, leur objectif est triple :

- Libérer l'information sensorielle bloquée et figée par le traumatisme ;
- Aider les patients à s'allier avec l'énergie libérée par cette expérience intérieure (au lieu de la refouler) ;
- Compléter les gestes d'autoprotection qui ont été contrariés quand ils étaient coincés, entravés ou paralysés par la terreur.

Notre instinct nous dit ce qui est sûr, protecteur ou menaçant, même si nous ne pouvons pas tout à fait expliquer pourquoi nous éprouvons une impression donnée. Notre intériorité sensorielle nous envoie constamment des messages subtils sur les besoins de notre organisme. Notre instinct nous aide aussi à évaluer ce qui se passe autour de nous. Il nous met en garde contre un type à l'air sinistre, ou nous souffle qu'une pièce exposée à l'ouest, entourée de lys, nous donnera un sentiment de sérénité. Si nous avons un bon rapport avec nos sensations internes – si nous pouvons nous fier à elles –, nous nous sentirons maîtres de notre corps, de nos sentiments et de notre moi.

Les traumatisés, au contraire, se sentent sans cesse en danger dans leur corps : leur passé reste présent sous la forme d'un malaise lancinant, et ils sont toujours bombardés par des signaux d'alarme intérieurs. Pour tenter de les contrôler, ils deviennent souvent experts dans l'art d'ignorer leur instinct et d'endormir la conscience de ce qui se passe en eux. Ils apprennent à se cacher de leur moi.

Plus ils cherchent à refouler les signaux d'alarme de leur corps, plus ceux-ci ont tendance à les envahir – ce qui les remplit de confusion, de gêne et de honte. Les gens ont du mal à remarquer ce qui se passe en eux et finissent par réagir à n'importe quelle variation sensorielle en se renfermant ou en paniquant : ils contractent une peur de la peur elle-même.

Nous savons aujourd'hui que c'est en grande partie parce qu'on développe une peur des sensations physiques associées aux crises de panique que leurs symptômes persistent. Une crise peut être causée par une chose qu'on sait irrationnelle, mais la crainte des sensations qui pourraient arriver entretient l'escalade jusqu'à ce que l'état d'urgence finisse par envahir tout le corps. Certaines expressions classiques – être « tétanisé » ou « glacé » par la peur (s'effondrer et s'engourdir) – rendent bien l'impression de la terreur et du traumatisme. La peur naît des réactions primitives à la menace lorsque la fuite est impossible. Elle tiendra notre vie en otage tant que notre expérience viscérale n'aura pas changé.

Ignorer ou déformer les messages de son corps a un prix : on devient incapable de détecter ce qui est vraiment dangereux ou nocif et, tout aussi grave, ce qui est salutaire. L'autorégulation repose sur l'entretien d'une relation amicale avec son corps. Sans elle, on doit s'appuyer sur une régulation extérieure : médicament, drogue, réassurance constante ou soumission compulsive aux désirs des autres.

Un grand nombre de mes patients réagissent au stress non pas en le voyant et en le nommant, mais par des migraines ou des crises d'asthme¹⁵. Sandy, une infirmière quinquagénaire, m'a dit que, dans son enfance, elle se sentait délaissée, terrifiée, avait l'impression d'être invisible pour ses parents. Elle avait compensé ce manque en développant une prévenance envers tous les gens dont elle dépendait (y compris moi, son thérapeute). Mais chaque fois que son mari lui parlait durement, elle faisait une crise d'asthme. Quand elle s'apercevait qu'elle était en train de suffoquer, il était trop tard pour recourir à un aérosol et il fallait l'emmener aux urgences.

Étouffer les appels à l'aide de son corps n'empêche pas les hormones du stress de le mobiliser. Sandy avait beau ignorer ses problèmes relationnels et refouler ses signaux de détresse, ils se manifestaient par des symptômes criants. Sa thérapie a consisté à repérer le lien entre ses émotions et ses sensations, et je l'ai poussée

à faire de la boxe française. Pendant les trois ans où je l'ai suivie, elle n'est plus retournée aux urgences.

Les symptômes somatiques sans cause physique flagrante sont omniprésents chez les traumatisés, les adultes comme les enfants : migraines, fibromyalgie, problèmes digestifs, dyspnée, cervicalgies ou lombalgies chroniques – la liste est longue¹⁶. Chez les enfants traumatisés, le taux d'asthme est cinquante fois plus élevé que chez les autres¹⁷. Des études ont montré que nombre des personnes qui ont succombé à des crises d'asthme n'avaient jamais eu conscience d'avoir des problèmes de respiration.

L'ALEXITHYMIE : L'INCAPACITÉ À DIRE SES SENTIMENTS

Ma tante, qui avait un passé traumatique, était devenue, dans son veuvage, une troisième grand-mère pour nos enfants. Venant souvent nous voir, elle parlait très peu et ses visites étaient marquées par une grande activité – elle faisait des rideaux, rangeait les étagères de la cuisine, cousait des vêtements pour les petits. Elle avait toujours envie de faire plaisir, mais on avait du mal à savoir ce qui lui plaisait à *elle*. Après quelques jours d'échanges de civilités, la conversation se tarissait et j'avais toutes les peines du monde à meubler les silences. Quand je la ramenais à l'aéroport, elle m'étreignait avec raideur et, sans la moindre ironie, mettait ses larmes sur le compte du vent. Son corps éprouvait la tristesse que son esprit ne pouvait pas ressentir au moment où elle quittait les plus proches parents qui lui restaient.

Les psychiatres nomment ce phénomène l'« alexithymie » – un mot qui désigne l'incapacité à exprimer ses émotions. Beaucoup de traumatisés ne peuvent simplement pas dire ce qu'ils éprouvent parce qu'ils n'arrivent pas à comprendre leurs sensations. Ils peuvent avoir l'air furieux mais nier leur colère, ou paraître terrifiés mais prétendre qu'ils vont bien. Incapables de discerner ce qui se passe dans leur corps, ils ne sont pas en contact avec leurs besoins

et ont donc du mal à les satisfaire, qu'il s'agisse de manger au bon moment ou d'avoir leur dose de sommeil.

Comme ma tante, les alexithymiques remplacent la langue des émotions par celle de l'action. À la question : « Que ressentiriez-vous à la vue d'un camion fonçant sur vous à toute allure? », alors que la plupart des gens répondraient : « Je serais terrifié » ou « tétanisé », un alexithymique pourrait dire : « Je ne sais pas... Je m'écarterais¹⁸. » Ils perçoivent souvent leurs émotions comme des problèmes physiques, non comme des signes servant à attirer leur attention. Au lieu de se sentir tristes ou en colère, ils éprouvent une douleur musculaire ou tout autre symptôme d'origine non identifiée. Environ trois quarts des anorexiques, et plus de la moitié des boulimiques, sont déroutés par leurs émotions et peinent à les décrire¹⁹. Des alexithymiques à qui des chercheurs ont montré des photos de visages bouleversés ou furieux n'ont pas su dire ce qu'éprouvaient les sujets de ces portraits²⁰.

Le psychiatre Henry Krystal, qui a travaillé avec plus de 1 000 survivants de la Shoah pour tenter de comprendre le traumatisme massif, a été un des premiers à m'éclairer sur l'alexithymie²¹. Krystal, lui-même rescapé des camps, a découvert que beaucoup de ses patients avaient réussi professionnellement, mais que leurs rapports avec leurs proches étaient froids et distants. Refouler leurs émotions leur avait permis de vaquer aux affaires du monde, mais ils l'avaient payé cher en apprenant à étouffer celles qui les avaient jadis bouleversés, au point qu'ils ne reconnaissaient plus ce qu'ils éprouvaient. Peu d'entre eux s'intéressaient à leur thérapie.

Le chercheur Paul Frewen, de l'université de Western Ontario, a pratiqué une série de scanners cérébraux sur des traumatisés alexithymiques. « Je ne sais pas ce que je ressens, lui a dit l'un d'eux. C'est comme si ma tête et mon corps n'étaient pas liés. Je vis dans un brouillard – quoi qu'il arrive, j'ai la même réaction : l'apathie, rien. Prendre un bain moussant, être violé ou brûlé – pour moi, c'est la même sensation. Mon cerveau ne perçoit pas les choses. » Frewen et sa collègue, Ruth Lanius, ont découvert que moins on est

en contact avec ses sensations, moins les aires cérébrales qui servent au sentiment de soi présentent d'activité²².

Comme beaucoup de traumatisés ont du mal à sentir ce qui se passe dans leur corps, ils ne peuvent pas réagir à la frustration de façon nuancée. Confrontés au stress, ils sombrent soit dans un état second, soit dans une colère folle. Quelle que soit leur réaction, ils ne peuvent souvent pas dire ce qui les affecte. Ce manque de contact avec leur corps contribue à leur impuissance à se défendre, à leur forte propension à subir de nouvelles agressions²³, et à leur grande difficulté à éprouver du plaisir.

Apprendre à discerner le rapport entre ses sensations et ses émotions est le seul moyen de guérir d'une alexithymie, de même qu'un daltonien ne peut accéder au monde des couleurs qu'en s'exerçant à distinguer les nuances de gris. Comme ma tante et les patients d'Henry Krystal, les alexithymiques répugnent d'ordinaire à le faire : la plupart semblent avoir décidé inconsciemment qu'il vaut mieux multiplier les consultations médicales et les traitements de maladies inguérissables que s'attaquer à la dure tâche d'affronter les démons du passé.

LA DÉPERSONNALISATION

La dépersonnalisation – la perte du sentiment du moi – se situe un cran plus bas sur l'échelle de l'oubli de soi. Le scanner cérébral d'Ute, qu'on a vu au chapitre 4, est, par sa vacuité, l'image même de ce phénomène. La dépersonnalisation est courante dans les expériences traumatiques. J'ai été agressé tard, un soir, dans un parc proche de chez moi et, en flottant au-dessus de la scène, je me suis vu gisant dans la neige, cerné par trois ados qui jouaient du couteau. Mes mains étaient en sang. Je me suis dissocié de la douleur et n'ai pas éprouvé la moindre peur en négociant calmement la remise du portefeuille dont ils me délestaient.

Après cet incident, je n'ai pas développé de syndrome de stress post-traumatique, sans doute parce que j'étais très curieux de vivre une expérience que j'avais étudiée de près chez les autres et me

berçais de l'idée de pouvoir faire, plus tard, un portrait-robot de mes agresseurs. Bien sûr, ils n'ont jamais été arrêtés, mais mon fantasme de vengeance a dû me donner un sentiment de contrôle gratifiant.

Les traumatisés n'ont pas autant de chance, car ils se sentent comme séparés de leur corps. Le psychanalyste allemand Paul Schilder nous a donné une description magistrale de la dépersonnalisation en 1928 : « Pour l'individu traumatisé, le monde a des allures bizarres, obscures, oniriques. Des objets apparaissent, tantôt avec une taille singulièrement réduite, tantôt plats. Des bruits semblent venir de loin... Les émotions aussi subissent une altération marquée. Les patients se plaignent de ne pouvoir éprouver ni plaisir ni douleur... Ils sont devenus étrangers à eux-mêmes²⁴. »

J'ai été fasciné d'apprendre que des chercheurs en neurosciences de l'université de Genève²⁵ avaient réussi à induire des expériences extracorporelles similaires en appliquant un léger courant électrique à un point précis du cerveau : le carrefour temporo-pariétal. Une femme avait ainsi eu la sensation d'être suspendue au plafond d'où elle regardait son corps d'en haut, et une autre, l'impression inquiétante d'avoir un rôdeur derrière elle. Ces travaux confirment ce que nous disent nos patients : le moi peut être détaché du corps et vivre séparément une expérience fantôme. De même, en pratiquant des scanners sur des sujets qui se dissociaient de leur terreur, Lanius et Frewen, au Canada, et un groupe de chercheurs, aux Pays-Bas²⁶, ont découvert que les centres cérébraux de la peur se fermaient quand ils se rappelaient leur choc traumatique.

FRATERNISER AVEC SON CORPS

Pour se remettre d'un traumatisme, il faut se familiariser et s'accorder* avec ses sensations physiques. Les enragés vivent dans

* En psychologie, l'accordage décrit la manière dont le nourrisson et sa mère s'accordent, tout comme des musiciens accordent leurs instruments pour arriver à l'harmonie. (N.D.E.)

des corps en rage. Les victimes de maltraitance infantile restent anxieuses, sur la défensive, jusqu'à ce qu'elles trouvent un moyen de se détendre et de se rassurer. Pour ce faire, elles doivent prendre conscience de leurs sensations et des interactions entre leur corps et leur environnement. La conscience physique est le premier pas pour se libérer de la tyrannie du passé.

Comment les patients peuvent-ils s'ouvrir et explorer le monde de leurs sensations et de leurs émotions ? J'entame le processus en les aidant d'abord à observer, puis à décrire ce qu'ils perçoivent dans leur corps – non pas des émotions comme l'angoisse, la colère ou la peur, mais les sensations sous-jacentes : la pression, la chaleur, la tension musculaire, etc. Je leur apprend à identifier les sensations liées à la détente et au plaisir. Je les aide à prendre conscience de leur respiration et de leurs gestes. Enfin, je leur demande de prêter attention à leurs subtiles réactions intérieures – un tiraillement d'estomac, une gêne respiratoire – quand ils parlent d'événements négatifs qui, disent-ils, ne les dérangent pas.

Remarquer des sensations pour la première fois peut être assez pénible, voire causer des flash-back qui mènent à se replier sur soi ou à prendre des attitudes défensives. Ce sont des reviviscences somatiques du traumatisme non digéré, sans doute les postures que les patients ont adoptées quand il s'est produit. Des images et des sensations peuvent les submerger à ces moments critiques, et le thérapeute doit savoir endiguer les torrents émotionnels et sensoriels pour les empêcher d'être de nouveau traumatisés par cet accès au passé. (Les instituteurs, les infirmiers et les policiers sont, en général, très doués pour calmer les réactions de terreur, car beaucoup sont confrontés presque quotidiennement à des personnes incontrôlables ou extrêmement confuses.)

On prescrit bien trop souvent aux patients des médicaments – comme l'Abilify, le Zyprexa ou le Seroquel – au lieu de leur enseigner des méthodes permettant d'enrayer des réactions physiques aussi pénibles. Les médicaments ne font qu'émousser leurs

sensations, mais évidemment rien pour les résorber ni pour transformer ces agents toxiques en alliés.

La manière la plus naturelle de se calmer consiste pour l'Homme à s'accrocher à un autre être humain. Les patients qui ont été maltraités ou violés sont ainsi confrontés à un dilemme : ils ont désespérément besoin de toucher, tout en étant terrifiés à cette idée. Il faut rééduquer leur esprit à éprouver des sensations, tout en aidant leur corps à supporter et à apprécier le réconfort du toucher. Les personnes privées de conscience émotionnelle peuvent, avec de la pratique, associer leurs sensations physiques à des événements psychologiques – ce qui leur permet de renouer lentement avec elles-mêmes²⁷.

ENTRER EN CONTACT AVEC SOI ET AVEC LES AUTRES

Je terminerai ce chapitre par une dernière étude qui montre les conséquences de la perte de son corps. Après avoir scanné le cerveau inactif, Ruth Lanius et son équipe se sont centrées sur une autre question de la vie quotidienne : que se passe-t-il chez les traumatisés chroniques quand ils se trouvent face à une autre personne ?

Beaucoup de patients que je reçois sont incapables de me regarder dans les yeux. Je mesure aussitôt l'ampleur de leur trouble à leur difficulté à soutenir mon regard. Il s'avère toujours qu'ils se jugent minables et ne peuvent supporter de se montrer ainsi. Je ne m'étais jamais douté que cette honte profonde se traduirait par une activité cérébrale anormale. À nouveau, Ruth Lanius a prouvé que le cerveau et l'esprit sont indifférenciables : ce qui se passe dans l'un est perçu dans l'autre.

Avec un appareil vidéo, elle a projeté un personnage – une sorte de Richard Gere bienveillant – à un patient couché dans un scanner. Le personnage s'approchait, soit de face (en regardant le patient directement), soit de biais, sous un angle de quarante-cinq degrés, en regardant ailleurs. Ça a permis de comparer les effets du contact

visuel direct et du regard détourné sur l'activation cérébrale²⁸. La différence la plus frappante entre les sujets normaux et les traumatisés chroniques résidait dans l'inactivation, chez ces derniers, du cortex préfrontal en réponse au contact visuel direct. Normalement, le cortex préfrontal aide à se faire une idée des personnes qui viennent vers nous, et les neurones miroirs à discerner leurs intentions. Or, les traumatisés n'activaient aucune partie de leur lobe frontal – ce qui veut dire qu'ils ne pouvaient pas s'intéresser à l'homme inconnu – ni leurs aires cérébrales qui participent à l'engagement social. En revanche, ils activaient fortement leur substance grise périaqueducale, une zone primitive du cerveau émotionnel qui déclenche le tressaillement, l'hypervigilance, le blottissement et d'autres comportements d'autodéfense. En réponse au contact visuel direct, ils se mettaient simplement en mode survie.

Que peut-on en conclure sur leur capacité à se lier et à s'entendre avec les autres ? Que peut-on en déduire quant à leur thérapie ? Les traumatisés peuvent-ils confier leurs peurs les plus profondes à un thérapeute ? Pour nouer de vraies relations, il faut pouvoir considérer les autres comme des êtres distincts, chacun avec ses propres motivations. Il est, certes, nécessaire de se défendre, mais il faut aussi arriver à reconnaître que les autres ont leurs objectifs personnels. Le traumatisme peut rendre tout cela gris et flou.

III

**L'ESPRIT
DES ENFANTS**

SE METTRE SUR LA MÊME LONGUEUR D'ONDE : L'ATTACHEMENT ET L'ACCORDAGE

« La résilience s'origine [...] dans le sentiment d'être compris et d'exister dans l'âme et le cœur d'un autre affectueux, à l'écoute et maître de lui. »

Diana Fosha*

Au Centre de santé mentale du Massachusetts, la clinique des enfants était pleine de gamins perturbés et perturbants. Des petits sauvages qui ne pouvaient pas rester en place : ils battaient et mordaient d'autres enfants, parfois même des membres du personnel. Tantôt ils s'accrochaient à vous, tantôt ils s'enfuyaient, terrifiés. Certains se masturbaient compulsivement. D'autres s'en prenaient à des objets, à des animaux de compagnie ou à eux-mêmes. Ils étaient à la fois avides d'affection et furieux et méfiants. Les filles, notamment, pouvaient être dociles à un point inquiétant. Qu'ils soient hostiles ou collants, aucun ne semblait capable d'explorer et de jouer comme le font la plupart des enfants de leur âge. Certains avaient à peine développé

* Psychologue, qui a mis au point l'AEDP (Accelerated Experiential Dynamic Psychotherapy), la psychothérapie accélérée, expérimentielle et dynamique, pour traiter les chocs traumatiques. (N.D.T.)

un sentiment du moi – ils ne pouvaient même pas se reconnaître dans un miroir.

À l'époque, je savais très peu de chose sur les enfants, sauf ce que m'apprenaient les deux miens. Par chance, je bénéficiais des lumières de Nina Fish-Murray, une collègue qui avait eu cinq enfants et étudié sous la houlette de Jean Piaget, à Genève. Piaget avait fondé ses théories du développement de l'enfant sur l'observation directe, en commençant par ses propres bébés; et Nina avait insufflé cet esprit au Trauma Center naissant.

Femme de Henry Murray – ancien président du département de psychologie de Harvard et pionnier de la théorie de la personnalité –, Nina encourageait tous les jeunes membres de la faculté qui partageaient ses intérêts. Elle était fascinée par mes histoires sur les anciens combattants, qui lui rappelaient les problèmes des gamins qu'elle suivait dans les écoles de Boston. Grâce à sa position privilégiée et à son charme, nous avons pu avoir accès à la clinique des enfants, dirigée par des pédopsychiatres qui s'intéressaient peu au traumatisme.

Henry Murray est devenu célèbre en inventant le test d'aperception thématique (TAT), un test projectif qui aide à découvrir comment la réalité intérieure des gens influe sur leur vision du monde. Ce test s'appuie sur une série de planches qui, contrairement à celles du Rorschach que je montrais aux vétérans, comportent des scènes réalistes, mais ambiguës et parfois troublantes : un homme et une femme, la mine sombre, détournant le regard; un enfant contemplant un violon brisé. Les sujets du test doivent raconter ce qui se passe dans une planche, ce qui est arrivé avant et ce qui adviendra après. Dans la plupart des cas, leurs interprétations ont tôt fait de révéler les thèmes qui les préoccupent.

Nina et moi avons décidé de créer des planches destinées aux enfants, avec des photos découpées dans les magazines de la salle d'attente. Nous avons commencé par faire une étude comparative entre douze patients de la clinique, âgés de six à onze ans, et des enfants d'une école voisine, d'âge, d'intelligence et de structure familiale analogues¹. Ce qui différençait nos patients était les

mauvais traitements qu'ils avaient subis dans leur famille : un garçon avait été gravement blessé par les raclées de sa mère ; une fille avait été agressée sexuellement par son père à l'âge de quatre ans ; deux garçons avaient été fouettés à maintes reprises, attachés sur une chaise ; une fillette avait vu, à cinq ans, sa mère (une prostituée) violée, démembrée et brûlée. On soupçonnait son proxénète d'avoir abusé de la petite.

Les enfants du groupe témoin vivaient, eux aussi, dans un quartier pauvre de Boston, où ils assistaient régulièrement à des violences atroces. Pendant notre étude, un garçon de leur école a arrosé d'essence un camarade de classe et lui a jeté une allumette. Un autre a été pris dans un échange de tirs en pleine rue, avec son père et un ami. Il a été blessé à l'aîne et son copain est mort. Comme ils étaient eux-mêmes exposés à de grandes violences, leurs réactions aux planches du test allaient-elles différer de celles des enfants traumatisés ?

L'une d'elles montrait une scène de famille : deux enfants souriants regardaient leur père réparer une voiture. Tous les enfants interrogés ont parlé du danger couru par l'homme couché sous la voiture. Mais, alors que les histoires racontées par ceux du groupe témoin finissaient bien – il allait réparer le véhicule et conduirait peut-être ses deux enfants au McDonald's –, les enfants traumatisés ont inventé des histoires horribles. Une fillette a dit que la gamine de la photo s'apprêtait à fracasser le crâne de son père avec un marteau. Un enfant de neuf ans, qui avait été gravement battu, a imaginé que le garçon faisait tomber le cric pour que la voiture mutile leur père et que son sang gicle dans tout le garage.

En racontant ces histoires, nos petits patients étaient très excités. Il nous fallait beaucoup de temps pour les calmer avant de pouvoir leur montrer la planche suivante. Il n'est guère étonnant que presque tous ces enfants aient reçu un diagnostic de TDAH*. La plupart étaient sous Ritaline, mais ce médicament ne semblait nullement freiner leur excitation.

* Trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité. (N.D.T.)



Les enfants maltraités ont réagi de la même manière à une photo, apparemment anodine, d'une femme enceinte qui se profilait devant une fenêtre. Quand nous l'avons montrée à la fillette qui avait été violée par son père, elle a parlé de pénis et de vagins et posé à Nina des questions du style : « T'as baisé avec combien de gens ? » Ainsi que d'autres filles du panel qui avaient subi des sévices sexuels, elle s'est tellement agitée qu'on a dû arrêter le test. Une fillette du groupe témoin a saisi l'ambiance mélancolique de la photo, y voyant une veuve qui regardait tristement par la fenêtre en se languissant de son mari ; à la fin, la femme rencontrait un homme affectueux qui allait choyer son bébé.

Planche après planche, nous avons vu que, tout en étant conscients de la violence, les enfants du groupe témoin croyaient en un monde fondamentalement sûr ; ils pouvaient trouver des solutions aux mauvaises situations. Ils se sentaient apparemment protégés dans leur famille et au moins aimés par un de leurs parents, ce



qui semblait faire une grande différence dans leur soif d'apprendre et de s'investir dans leur travail scolaire.

Les réactions des enfants de la clinique étaient, elles, alarmantes. Face aux images les plus innocentes, ils se sentaient menacés, terrifiés ou excités sexuellement. Nous n'avions pas choisi ces photos parce qu'elles avaient un sens caché ; c'étaient des scènes banales de la vie quotidienne. Nous pouvions seulement en conclure que, pour les enfants maltraités, le monde est plein de détonateurs. Tant qu'ils ne peuvent imaginer que des fins catastrophiques à des scènes anodines, n'importe quelle image, n'importe quel inconnu peut être perçu comme un signe de séisme. Vu sous cet angle, leur comportement bizarre était parfaitement logique².

À ma grande surprise, dans les discussions du personnel de la clinique, il était peu question des horreurs vécues par ces enfants ou de leur impact sur leurs sentiments, leurs opinions et leur autorégulation. À la place, les dossiers des gamins excités ou rebelles regorgeaient d'étiquettes diagnostiques : « trouble de provocation oppositionnelle », « trouble de la conduite », ou « trouble bipolaire ». Presque tous se voyaient attribuer un TDAH « comorbide », c'est-à-dire associé à un autre trouble. Cette rafale de diagnostics masquait-elle leur traumatisme sous-jacent ?

Nous étions confrontés à deux grands défis : le premier consistait à découvrir si la vision du monde des enfants non traumatisés pouvait expliquer leur résilience et, plus profondément, à apprendre comment chaque enfant crée sa carte du monde. L'autre, tout aussi crucial, tenait en une question : peut-on agir sur l'esprit et le cerveau des enfants brutalisés pour les aider à redessiner leur carte intérieure et à y intégrer une confiance dans l'avenir ?

DES HOMMES SANS MÈRE

Les pionniers de l'étude de la relation mère-enfant ont été des Britanniques de la haute société, arrachés très jeunes à leur famille pour vivre dans des pensionnats à la discipline stricte. En visitant la fameuse clinique Tavistock à Londres, j'ai remarqué les photos des grands psychiatres du xx^e siècle sur le mur de l'escalier principal : John Bowlby, Wilfred Bion, Harry Guntrip, Ronald Fairbairn et Donald Winnicott. Chacun d'entre eux a étudié, à sa manière, comment les premières expériences des enfants deviennent des prototypes de toutes leurs relations ultérieures, et comment leur sentiment le plus intime du moi trouve sa source dans leurs échanges avec leurs parents.

Les savants explorent les sujets qui les tracassent le plus, ce qui les rend souvent experts dans des domaines qui, pour d'autres, semblent tellement aller de soi qu'ils ont l'impression qu'il n'y a rien à chercher. (Ou, comme me l'a dit un jour la spécialiste de

l'attachement Beatrice Beebe, « la plupart des recherches portent sur le chercheur ».) Ceux qui ont étudié le rôle des mères dans la vie de leurs enfants avaient été eux-mêmes envoyés en pension à un âge vulnérable, entre six et dix ans, bien avant d'être capables d'affronter seuls le monde. Bowlby m'a dit lui-même que ce genre d'expérience d'internat avait dû inspirer à Orwell son roman *1984*, qui montre comment des hommes peuvent être poussés à sacrifier tout ce qui leur est cher – dont leur sentiment du moi – pour obtenir l'amour et l'approbation d'un tenant de l'autorité.

Comme Bowlby était un proche des Murray, j'ai eu l'occasion de lui parler de son travail chaque fois qu'il venait à Harvard. Issu d'une famille aristocratique (son père était chirurgien de la maison du roi), il avait étudié la psychologie, la médecine et la psychanalyse dans les temples de l'establishment britannique. En sortant de Cambridge, il avait soigné des jeunes délinquants de l'East End, un quartier de Londres notoirement mal famé détruit en grande partie lors du Blitz. Pendant la Seconde Guerre mondiale, il avait observé les effets des évacuations de population et de la mise en place de nurseries collectives qui séparaient les jeunes enfants de leur famille. Il avait aussi étudié les effets de l'hospitalisation et montré que même une brève séparation (les parents n'étaient pas autorisés, à l'époque, à passer la nuit au chevet de leurs petits) aggravait la souffrance des enfants. À la fin des années 1940, Bowlby était devenu *persona non grata* dans le milieu psychanalytique britannique pour avoir déclaré que le comportement perturbé des enfants était une réaction à des épreuves réelles – carence de soins maternels, brutalité et séparation –, et non le produit de fantasmes sexuels infantiles. Malgré cet ostracisme, il a consacré le reste de sa vie au développement de ce qu'on a appelé la « théorie de l'attachement³ ».

UNE BASE SÉCURE

Lorsque l'enfant paraît, il crie pour annoncer sa présence. Aussitôt, quelqu'un lui répond, le baigne, le linge et le nourrit, et puis – cerise

sur le gâteau – sa mère le pose peut-être sur son ventre pour un délicieux contact peau contre peau. L'Homme est une créature profondément sociale : sa vie consiste à trouver sa place parmi ses semblables. J'aime beaucoup l'expression du grand psychiatre Pierre Janet : « Chaque vie est une œuvre d'art, faite de bric et de broc. »

À mesure que l'enfant grandit, il apprend peu à peu à prendre soin de lui, à la fois physiquement et émotionnellement. Mais il tire ses premières leçons d'autonomie de la manière dont les autres s'occupent de lui. Maîtriser l'aptitude à s'autoréguler dépend en grande partie du degré d'harmonie de ses premières relations avec ses parents. Les enfants dont les parents sont des sources sûres de force et de bien-être possèdent un avantage à vie – une sorte de pare-chocs contre les pires coups du sort.

Bowlby s'est aperçu que les enfants étaient captivés par les visages et les voix, et très sensibles aux expressions faciales, aux postures, aux changements physiologiques et aux actions naissantes. Pour lui, cette faculté innée est un fruit de l'évolution, essentiel à la survie de ces êtres impuissants. Les enfants sont aussi programmés pour choisir un (ou quelques) adulte(s) avec qui ils développent leur système de communication naturel. Cela crée un lien d'attachement primaire. Plus l'adulte sera réceptif, plus l'attachement sera profond et plus l'enfant pourra apprendre à réagir sagement aux personnes qui l'entourent.

Bowlby allait souvent au Regent's Park, à Londres, pour observer méthodiquement les relations mère-enfant. Pendant que les mères étaient assises, à tricoter ou à lire, les enfants partaient en exploration, en jetant par moments un coup d'œil à maman pour vérifier qu'elle continuait à les regarder. Mais quand une voisine passait et l'accaparait, ils revenaient en courant et restaient auprès d'elle pour s'assurer qu'ils jouissaient encore de son attention. Quand les bambins s'aperçoivent que leur mère ne s'intéresse pas totalement à eux, ils deviennent nerveux. Lorsqu'elle disparaît de leur vue, ils peuvent se mettre à pleurer et devenir inconsolables, mais dès qu'elle revient, ils se calment et reprennent leur jeu.

Bowlby a vu dans l'attachement la base rassurante à partir de laquelle l'enfant va explorer le monde. Dans les cinq décennies suivantes, la recherche a fermement établi qu'un havre de sécurité favorisait l'autonomie et inculquait un sentiment de sympathie et de prévenance envers les autres en détresse. À partir du donner-et-recevoir intime du lien d'attachement, les enfants apprennent que les autres ont des sentiments et des pensées à la fois semblables et différents des leurs. Autrement dit, ils « s'accordent » avec leur entourage et développent la conscience de soi, l'empathie, le contrôle des impulsions et la motivation qui leur permettent de devenir des membres à part entière du monde social plus large. Ces qualités manquaient cruellement aux patients de notre clinique des enfants.

LA DANSE DE L'ACCORDAGE

Les enfants s'attachent à la personne qui s'occupe le plus d'eux. Mais la nature de cet attachement – qu'il soit fort ou fragile – influence énormément sur le cours de leur vie. Un attachement solide se forme quand les soins nourriciers comprennent un accordage affectif. L'accordage commence aux niveaux physiques les plus subtils de l'interaction entre les bébés et la personne qui les nourrit, et leur donne le sentiment d'être écoutés et compris. Comme le dit Colwyn Trevarthen* : « Le cerveau coordonne les mouvements rythmés de leur corps et les aide à agir en harmonie avec le cerveau des autres. Les bébés entendent et apprennent, bien avant d'être nés, la musicalité dans la voix de leur mère⁴. »

J'ai parlé, au chapitre 4, de la découverte des neurones miroirs, les liens intercérébraux qui permettent l'empathie. Ces neurones commencent à fonctionner dès la naissance. Le chercheur Andrew

* Né en 1931, Colwyn Trevarthen, professeur émérite de psychobiologie et de psychologie de l'enfant à l'université d'Édimbourg, a mené des recherches sur l'attachement. (N.D.T.)

Meltzoff a constaté, en faisant la moue et en tirant la langue devant des bébés de six heures, qu'ils reflétaient aussitôt ses mimiques⁵. (Les yeux des bébés ne peuvent fixer des objets que s'ils sont placés de vingt à trente centimètres d'eux – juste assez pour voir la personne qui les porte.) L'imitation est l'aptitude sociale la plus fondamentale. Elle permet à l'enfant de capter et de refléter automatiquement le comportement de ses parents, de ses instituteurs et de ses camarades.

La plupart des parents communiquent si spontanément avec leurs enfants qu'ils ont à peine conscience de la manière dont se développe l'accordage. Mais sur l'invitation d'un ami, le chercheur en attachement Ed Tronick, j'ai pu observer ce processus dans le laboratoire du développement humain de Harvard. À travers un miroir sans tain, j'ai regardé une mère jouer avec son fils de deux mois, assis en face d'elle dans un siège pour bébé. Ils échangeaient des gazouillis et s'amusaient beaucoup – jusqu'au moment où la mère s'est penchée pour faire un câlin à l'enfant qui, dans son enthousiasme, lui a tiré les cheveux. Surprise, la mère a crié de douleur, repoussé la main du bébé et grimacé de colère. Le bébé a aussitôt lâché ses cheveux, et tous les deux se sont écartés. Pour l'un comme pour l'autre, la source de plaisir était devenue cause de souffrance. Le bébé, clairement effrayé, a porté ses mains à son visage pour ne pas voir sa mère irritée. Celle-ci, comprenant qu'il était perturbé, s'est recentrée sur lui pour tenter d'arranger les choses. L'enfant a gardé les mains sur ses yeux, mais sa forte envie de communiquer n'a pas tardé à réapparaître. Il a d'abord jeté un coup d'œil entre ses doigts pendant que sa mère, inquiète, tendait la main vers lui. Dès qu'elle s'est mise à lui chatouiller le ventre, il a laissé tomber ses mains en éclatant de rire : l'harmonie était rétablie. Toute cette scène de plaisir, de rupture, de réparation et de joie retrouvée avait duré à peine douze secondes.

Tronick et d'autres chercheurs ont montré que, lorsque des bébés et leurs parents sont en phase émotionnellement, ils le sont aussi physiquement⁶. Les tout-petits ne peuvent pas réguler leurs états

affectifs, encore moins les variations de leurs taux hormonaux, de leur rythme cardiaque et de l'activité du système nerveux qui accompagnent les émotions. Quand un enfant est en phase avec sa mère, la régularité de son pouls, jointe à son faible taux d'hormones du stress, reflète son sentiment de communication et de joie. Son corps est calme, ses émotions aussi. Dès qu'une fausse note s'élève – comme souvent dans une journée normale –, tous ces facteurs physiologiques s'altèrent. On peut voir que l'équilibre est rétabli quand les fonctions de l'organisme s'apaisent.

Les parents calment les nouveau-nés, mais bientôt, ils leur apprennent à tolérer des niveaux d'excitation plus élevés, une tâche souvent attribuée aux pères. (J'ai entendu un jour le psychologue John Gottman déclarer : « Les mères câlinent, les pères titillent. ») Apprendre à contrôler l'excitation est une aptitude essentielle, et les parents doivent le faire pour leurs bébés avant que ceux-ci parviennent à la réguler. Si un nourrisson pleure parce que son ventre gronde, le biberon ou le sein arrive. S'il a peur, quelqu'un le prend dans ses bras et le berce pour le rassurer. Associer des sensations intenses au réconfort, à la sécurité et au sang-froid est le fondement de la capacité à s'autoréguler, à s'apaiser et à s'encourager, un thème sur lequel je reviendrai plusieurs fois dans ce livre.

Un attachement solide, allié à une culture des compétences, permet de construire un *lieu de contrôle intérieur*, le facteur clé d'une adaptation saine tout au long de la vie⁷. Les enfants solidement attachés découvrent ce qui les soulage, ce qui les blesse (et nuit aux autres), et gagnent ainsi un sentiment d'autonomie : ils comprennent que leurs actes peuvent influencer sur leurs émotions et sur les réactions des autres. Ils intègrent la différence entre les situations qu'ils peuvent maîtriser et celles où ils ont besoin d'aide. Ils apprennent qu'ils peuvent jouer un rôle actif lorsqu'ils sont en difficulté. En revanche, les enfants qui ont été maltraités et négligés apprennent que leur terreur, leurs prières et leurs pleurs ne rencontrent pas d'écho chez la personne qui s'occupe d'eux. Rien de ce qu'ils peuvent faire n'arrête la raclée et ne leur apporte aide et

attention. Cela les conditionne à céder face aux épreuves ultérieures de la vie.

DEVENIR RÉEL

Un contemporain de Bowlby, le pédiatre et psychanalyste Donald Winnicott, est le père des études modernes sur l'accordage. Ses observations minutieuses du couple mère-enfant ont d'abord porté sur la manière dont les mères tiennent leur tout-petit. Ces interactions physiques, a-t-il suggéré, jettent les bases du futur sentiment du moi du bébé – un sentiment d'identité qu'il gardera toute sa vie. La façon dont une mère tient son enfant détermine « la faculté [du bébé] à percevoir le corps comme le lieu où vit la psyché⁸ ». La sensation viscérale et kinesthésique de la manière qu'elle a de tenir son corps fonde son expérience du « réel⁹ ».

Winnicott pensait que la plupart des mères savent bien s'accorder avec leur enfant : il ne faut pas un talent extraordinaire pour être ce qu'il nommait une « mère suffisamment bonne¹⁰ ». Mais les choses peuvent très mal tourner quand une mère est incapable de s'adapter à la réalité physique de son bébé. Si elle ne peut pas répondre à ses besoins, il « apprend à devenir l'idée qu'elle a de lui ». Forcé de négliger ses sensations internes pour tenter de se plier aux besoins maternels, il acquiert l'impression qu'il n'est pas « comme il faut ». Les enfants qui manquent d'accordage physique risquent ainsi de faire la sourde oreille au feedback direct de leur corps – le siège du plaisir, des intentions et de l'orientation.

Depuis que Winnicott et Bowlby ont introduit leurs idées*, des chercheurs du monde entier ont montré que la grande majorité des enfants jouissent d'un attachement solide. À mesure qu'ils grandissent, le maternage dont ils ont bénéficié les aide à tenir à distance la peur et l'angoisse. À moins d'être bouleversés par un événement – le traumatisme – qui perturbe leur système d'autorégulation, ils

* Dans les années 1940 et 1950. (N.D.T.)

garderont toute leur vie une base de sécurité émotionnelle. L'attachement solide forme aussi pour eux un modèle relationnel. Ils captent les sentiments des autres et apprennent tôt à distinguer le jeu de la réalité, à sentir les gens dangereux et les situations fausses. Les enfants à l'attachement solide sont, de plus, d'agréables compagnons de jeu et s'affirment par de nombreuses expériences avec leurs camarades. Ils apprennent à vivre dans une conception commune du monde et deviendront probablement des membres estimés de leur communauté.

Cette spirale ascendante peut, toutefois, être inversée par la violence ou la carence de soins maternels. Les enfants maltraités sont souvent très sensibles aux changements d'expression vocale et faciale, mais ils ont tendance à les voir comme des menaces, non comme des signaux les invitant à rester en phase. Le docteur Seth Pollak, de l'université du Wisconsin, a montré à des enfants normaux de huit ans une série de visages et comparé leurs réactions à celles d'enfants maltraités du même âge. En regardant ce spectre d'expressions qui vont de la colère à la tristesse, ces derniers ont vivement réagi aux marques d'irritation les plus légères¹¹.



Voilà pourquoi les enfants victimes de violences sont si prompts à s'affoler ou à se méfier. Imaginez ce qu'on éprouve dans un couloir d'école, quand on fend des flots de visages en se demandant qui va vous agresser. Les enfants qui surréagissent à l'agressivité de leurs camarades, qui se ferment ou perdent rapidement leur sang-froid sont souvent mis en quarantaine. Avec le temps, ils peuvent apprendre à camoufler leur peur en jouant les petits durs, ou s'enfoncer dans la solitude en regardant des jeux vidéo, ce qui les retarde encore plus dans l'acquisition des aptitudes relationnelles et du contrôle émotionnel.

Le besoin d'attachement ne faiblit jamais. La plupart des hommes ne peuvent pas supporter d'être isolés longtemps. Ceux qui ne peuvent pas communiquer avec des collègues, des amis ou des parents trouvent en général d'autres moyens – maladie, querelles ou procès – de créer des liens affectifs. Ils font tout pour échapper au sentiment de solitude.

Il y a quelques années, j'ai été appelé la veille de Noël pour examiner un garçon de quatorze ans à la prison du comté de Suffolk. Jack avait été arrêté pour vol avec effraction chez des voisins absents. L'alarme hurlait quand la police l'a trouvé dans le salon. La première chose que je lui ai demandée était qui viendrait le voir à Noël. « Personne, m'a-t-il répondu. Personne ne s'intéresse jamais à moi. » J'ai découvert qu'il avait déjà été pris en flagrant délit plusieurs fois. Il connaissait les flics, et ils le connaissaient. Il m'a raconté en jubilant qu'en le voyant debout, au milieu du salon, ils s'étaient écriés : « Bon sang ! C'est encore Jack ! » Quelqu'un l'avait reconnu. Quelqu'un savait son nom. Un peu plus tard, il m'a avoué : « Vous comprenez, c'est ça qui me fait kiffer. » Certains gamins feraient n'importe quoi pour un regard et un contact.

FAIRE AVEC SES PARENTS

L'enfant a un besoin biologique de s'attacher – il n'a pas le choix. Que ses parents soient aimants ou distants, rejetants ou maltraitants, il développera une stratégie d'adaptation pour qu'ils répondent au moins à certains de ses besoins.

Nous avons aujourd'hui des moyens sûrs d'évaluer et d'identifier l'éventail de ces stratégies, notamment grâce au travail de deux Américaines, Mary Ainsworth et Mary Main. Aidées par leurs collègues, ces chercheuses ont passé de nombreuses années à observer des couples mère-enfant. À partir de ces études, Mary Main a créé un outil de recherche, la « situation étrange », pour voir comment un bébé réagit à une séparation temporaire avec sa mère. Comme l'avait observé Bowlby, les petits qui jouissent d'un attachement solide

sont bouleversés lorsque leur mère les quitte, mais se montrent enchantés à son retour et, après un bref contrôle pour se rassurer, se calment et reprennent leur jeu. Mais chez les enfants qui ne sont pas solidement attachés, le tableau est plus complexe. Ceux dont la mère est rejetante ou insensible apprennent à réagir à l'angoisse de deux manières distinctes. Les chercheuses ont remarqué que certains semblaient chroniquement inquiets et accaparants, d'autres plus passifs et réservés avec leur mère. Sa présence, toutefois, ne calmait aucun membre des deux groupes – ils ne reprenaient pas béatement leur jeu quand elle revenait après s'être absentée.

La stratégie dite d'« attachement évitant » est celle des bébés que rien ne semble perturber : ils ne pleurent pas lorsque leur mère s'en va et ne prêtent pas attention à elle quand elle revient. Cela ne veut pas dire que sa conduite ne les affecte pas. En fait, l'élévation chronique de leur rythme cardiaque montre qu'ils sont constamment surexcités. Mes collègues et moi nommons cette tactique « s'adapter, mais ne pas ressentir¹² ». Apparemment, la plupart des mères des bébés évitants n'aiment pas toucher leurs enfants. Elles ont du mal à les câliner et à les prendre dans leurs bras, et ne font pas de mimiques ni de gazouillis pour créer avec eux un échange de rythmes agréables.

Une autre stratégie, l'attachement « anxieux » ou « ambivalent », est celle des bébés qui signalent sans cesse leur présence en se cramponnant, en hurlant ou en pleurant : ils « ressentent, mais ne s'adaptent pas¹³ ». Ils semblent être parvenus à la conclusion que, s'ils ne se donnent pas en spectacle, personne ne fera attention à eux. Ils sont bouleversés quand leur mère disparaît, mais tirent peu de réconfort de son retour. Et, même s'ils ne semblent pas jouir de sa compagnie, ils restent auprès d'elle, rageurs ou passifs, même dans les situations où d'autres bébés préféreraient jouer¹⁴.

Les chercheurs pensent que les trois stratégies d'attachement « organisées » (solide, évitant et anxieux) fonctionnent car elles permettent d'obtenir, dans chaque cas, les meilleurs soins qu'une mère peut donner. Les bébés exposés à un mode de soins maternels

régulier – même marqué par la distance émotionnelle ou l'insensibilité – peuvent s'adapter pour maintenir la relation. Cela ne veut pas dire qu'il n'y a pas de problèmes : les stratégies d'attachement persistent souvent à l'âge adulte. Les bébés anxieux ont tendance à rester inquiets en grandissant, et les évitants à se détacher de leurs sentiments et de ceux des autres. (L'exemple type : « Il n'y a rien de mal à donner une bonne fessée. J'ai eu droit à ma part de claques, et c'est pour ça que j'ai réussi. ») À l'école, les enfants évitants risquent de tyranniser leurs camarades, et leurs victimes sont souvent des enfants anxieux¹⁵. Mais le développement n'est pas linéaire, et ces effets varient beaucoup suivant les expériences de la vie.

Or, il existe un autre groupe ne s'adaptant pas de manière aussi stable, qui forme l'essentiel des enfants que nous voyons et une bonne partie des adultes soignés en clinique psychiatrique. Il y a une vingtaine d'années, Mary Main et ses collègues de Berkeley ont commencé à identifier un type d'enfants (environ 15 % des sujets de leur étude) qui semblaient incapables d'entrer en communication avec leur mère. Le problème crucial, ont-ils découvert, tenait au fait qu'elle était pour eux une source de terreur et d'angoisse¹⁶. Les enfants de ce genre n'ont personne vers qui se tourner et se trouvent face à un dilemme insoluble ; leur mère est en même temps effrayante et nécessaire à leur survie¹⁷. Ils « ne peuvent ni l'approcher ("stratégies" de réassurance et d'ambivalence), ni l'esquiver (stratégie "d'évitement"), ni s'enfuir¹⁸ ». Quand on les observe dans une crèche ou un laboratoire de recherche, on les voit regarder leur mère quand elle entre dans la pièce, puis détourner aussitôt les yeux. Incapables de choisir entre l'évitement et le besoin de contact, ils peuvent se balancer, se figer les bras levés, ou se lever pour l'accueillir avant de tomber par terre. Ne sachant pas à qui se fier, ils peuvent être très affectueux avec des inconnus ou ne faire confiance à personne. Mary Main a appelé cette attitude l'« attachement désorganisé », ce qu'on pourrait aussi nommer : « la peur sans solution¹⁹ ».

LA DÉSORGANISATION INTÉRIEURE

Les parents consciencieux s'inquiètent souvent quand on leur parle des recherches sur l'attachement, craignant que leurs banales défaillances d'accordage ne fassent un mal irréparable à leurs enfants. Dans la vie, il y a forcément des malentendus, de mauvaises réactions et des échecs de communication. Comme les parents ne voient pas tous les signaux de leurs bébés, ceux-ci doivent souvent se débrouiller pour arriver à se calmer. Jusqu'à un certain point, ce n'est pas un problème. Les enfants doivent apprendre à composer avec les frustrations et les déceptions. Avec une mère « suffisamment bonne », ils comprennent que les liens brisés peuvent se réparer. Ce qui compte, c'est qu'ils se sentent viscéralement en sécurité avec leurs parents²⁰.

Une étude sur les stratégies d'attachement, portant sur deux milliers d'enfants de familles « normales » de la classe moyenne, a abouti aux résultats suivants : 62 % se sentent en sécurité, 15 % sont évitants, 9 % anxieux (ou ambivalents) et 15 % désorganisés²¹. Chose intéressante, cette vaste étude a montré que le sexe et le tempérament de base ont peu d'effets sur le mode d'attachement. Par exemple, les enfants au caractère « difficile » n'ont pas tendance à développer un lien désorganisé, contrairement aux enfants de milieux défavorisés²², dont les parents sont souvent très stressés par une instabilité familiale et financière.

Les enfants qui ne se sentent pas en sécurité dans leurs premières années ont du mal à réguler, en grandissant, leurs humeurs et leurs réactions émotionnelles. À la maternelle, beaucoup d'enfants à l'attachement désorganisé sont soit détachés, soit agressifs, et ils continuent à développer divers problèmes psychiatriques²³. Ils présentent aussi plus de stress physiologique, qui s'exprime par un rythme cardiaque élevé, une faible variabilité de la fréquence cardiaque²⁴, une forte sécrétion d'hormones du stress et un déficit immunitaire²⁵. Ce type de dérégulation biologique se normalise-t-il

quand l'enfant mûrit ou est placé dans un environnement sécurisant ? À notre connaissance, non.

La maltraitance familiale n'est pas la seule cause de l'attachement désorganisé : des parents tourmentés par un traumatisme – dû à une violence conjugale, un viol ou un deuil récent – peuvent être aussi trop inconséquents et instables émotionnellement pour offrir suffisamment de protection et de réconfort^{26,27}. Tous les parents doivent être aidés pour donner un sentiment de sécurité à leur progéniture, mais les traumatisés tout particulièrement pour se mettre à l'écoute des besoins de leurs enfants.

Souvent, les parents n'ont pas conscience qu'ils ne sont pas en phase avec leurs enfants. J'ai gardé un souvenir très net d'une vidéo de Beatrice Beebe²⁸, où l'on voyait une mère jouer avec son bébé de trois mois. Tout allait bien jusqu'à ce que le petit recule en détournant la tête, pour montrer son besoin de souffler. Mais la mère n'a pas obéi à ce signal. Au contraire, elle a redoublé d'efforts pour le solliciter en rapprochant son visage et en élevant la voix. Quand il a reculé encore plus, elle a continué à le faire sauter sur ses genoux. Finalement, il s'est mis à hurler et elle l'a posé par terre avant de s'éloigner, découragée. De toute évidence, elle lui en voulait terriblement, mais elle n'avait simplement pas vu ses signes de fatigue. Il est facile d'imaginer comment un tel désaccordage, répété à plusieurs reprises, peut conduire pas à pas à un détachement chronique. (Quiconque a eu un bébé hyperactif ou atteint de coliques sait que son stress peut monter en flèche lorsque rien ne semble venir l'apaiser.) Une mère incapable de calmer son bébé et d'établir avec lui une bonne relation en face à face risque de le percevoir comme un enfant difficile qui lui renvoie une image dépréciative – et renoncer ainsi à tenter de le calmer.

Dans la pratique, il est souvent malaisé de distinguer les problèmes dus à un attachement désorganisé des troubles liés au traumatisme : ils sont fréquemment mêlés. Ma collègue Rachel Yehuda a étudié les taux de SSPT chez des adultes new-yorkais qui avaient été agressés ou violés²⁹. Ceux dont les mères étaient des rescapées

de la Shoah développaient beaucoup plus de graves problèmes psychologiques. L'explication la plus sensée était que l'éducation donnée par une mère traumatisée avait fragilisé leurs fonctions vitales, si bien qu'ils avaient plus de mal à retrouver leur équilibre après une agression. Rachel Yehuda a constaté la même vulnérabilité chez des enfants nés après le 11-Septembre, et dont la mère était enceinte quand elle s'était trouvée dans le World Trade Center pendant les attaques terroristes³⁰.

De même, les réactions des enfants aux événements pénibles sont largement déterminées par le niveau de calme ou de stress de leurs parents. Glenn Saxe, le président du département de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent à l'université de New York, a montré que, lorsque des enfants sont hospitalisés pour de graves brûlures, on peut corrélérer le développement d'un SSPT au fait qu'ils se sentent plus ou moins en sécurité avec leur mère³¹. Le réconfort donné par l'attachement permet de prévoir la quantité de morphine qui leur sera nécessaire – plus leur mère les rassure, moins il leur faudra d'antalgiques.

Un autre collègue, Claude Chemtob, qui dirige le programme de recherches sur le traumatisme familial au Centre Langone, a étudié les réactions de 112 enfants new-yorkais qui avaient directement assisté aux attentats du 11-Septembre³². Ceux dont les mères avaient sombré dans la dépression ou le SSPT après ces attaques étaient six fois plus susceptibles d'avoir de gros problèmes émotionnels et onze fois plus enclins à l'hyperagressivité. Ceux dont le père – et non la mère – présentait un SSPT avaient eux aussi des problèmes de comportement, mais Chemtob a découvert que cet effet était indirect et transmis par la mère. (Vivre avec un époux irascible, renfermé ou terrifiant tend à faire peser sur le conjoint un lourd poids psychologique, propre à créer une dépression.)

Si on ne se sent pas en sécurité intérieurement, on a du mal à distinguer la sécurité du danger. Si on se sent constamment comme engourdi, des situations potentiellement dangereuses peuvent nous donner l'impression d'être en vie. Si on en conclut qu'on doit être

une personne horrible (sinon, pourquoi nos parents nous auraient-ils traité comme ils l'ont fait ?), on s'attend à ce que les autres se comportent affreusement avec nous. On doit le mériter et, de toute façon, on n'y peut rien. Quand les gens à l'attachement désorganisé ont de telles perceptions d'eux-mêmes, ils ne peuvent qu'être traumatisés par des expériences ultérieures³³.

LES EFFETS À LONG TERME DE L'ATTACHEMENT DÉSORGANISÉ

Au début des années 1980, ma collègue Karlen Lyons-Ruth, qui faisait des recherches sur l'attachement à Harvard, a commencé à filmer des interactions entre des mères et leur bébé à l'âge de six, douze et dix-huit mois. Elle les a filmés à nouveau à cinq ans puis vers sept ou huit ans³⁴. Tous les enfants venaient de familles à haut risque : la plupart vivaient sous le seuil de pauvreté et près de la moitié des mères étaient célibataires.

L'attachement désorganisé s'exprimait de deux manières : certaines mères semblaient trop préoccupées par leurs problèmes personnels pour s'occuper de leur bébé. Elles étaient souvent intrusives et hostiles et tantôt le rejetaient, tantôt se conduisaient comme si elles s'attendaient à ce qu'il réponde à leurs *propres* besoins. D'autres paraissaient désarmées et craintives. Elles avaient l'air douces, mais ne savaient pas se conduire en adultes, cherchant un réconfort auprès de leur enfant. Elles ne venaient pas le voir après s'être absentes et ne le prenaient pas dans leurs bras quand il était bouleversé. Elles ne semblaient pas le faire exprès – elles ne savaient simplement pas l'écouter ni répondre aux signaux qu'il leur adressait, et n'arrivaient donc pas à le rassurer. Les mères hostiles/intrusives avaient plus souvent été maltraitées et/ou assisté à des violences conjugales, et les mères réservées/dépendantes avaient davantage subi des sévices sexuels ou perdu un parent³⁵.

Je me suis toujours demandé comment des parents pouvaient maltraiter leurs enfants. Élever sainement sa progéniture est tout

de même inhérent à la finalité humaine. Qu'est-ce qui pouvait donc pousser des parents à frapper ou à négliger volontairement leurs enfants ? Les recherches de Lyons-Ruth m'ont fourni une explication : en regardant ses vidéos, j'ai vu des gamins devenir de plus en plus inconsolables, maussades ou rétifs envers leur mère. En même temps, les mères semblaient de plus en plus déçues, défaites et impuissantes dans leur relation avec eux. Dès qu'une mère en vient à considérer son enfant non comme un partenaire d'une relation d'écoute, mais comme un étranger irritant et frustrant, les conditions sont réunies pour qu'elle le maltraite.

Dix-huit ans plus tard, quand ces enfants avaient une vingtaine d'années, Lyons-Ruth a fait une étude complémentaire pour voir comment ils s'en sortaient. Ceux qui, à un an et demi, avaient eu une communication affective très perturbée avec leur mère présentaient un sentiment instable du moi, une impulsivité autodestructrice (dépenses excessives, partenaires sexuels multiples, toxicomanie, imprudence au volant, boulimie), de fortes colères immotivées et un comportement suicidaire récurrent. Lyons-Ruth présumait que l'attitude hostile/intrusive des mères pourrait être le meilleur indicateur d'instabilité mentale chez les enfants à l'âge adulte, mais elle a découvert qu'il n'en était rien. C'est le retrait émotionnel qui causait l'impact le plus profond et le plus durable. La distance affective et l'inversion des rôles (les mères s'attendant à ce que leur enfant s'occupe d'elles) provoquaient, en particulier, un comportement agressif envers soi et envers les autres.

LA DISSOCIATION : SAVOIR ET NE PAS SAVOIR

Lyons-Ruth s'est notamment intéressée au phénomène de la dissociation, qui se manifeste par le sentiment d'être coupé du monde, vide, impuissant et coincé. Elle a trouvé un rapport « stupéfiant » entre le désengagement et le manque d'écoute des mères des enfants de zéro à deux ans et les symptômes de dissociation des jeunes adultes. Les bébés qui ne sont pas vraiment vus et reconnus

par leur mère, en a-t-elle conclu, risquent fort de devenir des adolescents incapables de connaître et de voir³⁶.

Les nourrissons qui jouissent de relations sécurisantes apprennent à exprimer non seulement leurs frustrations et leur détresse, mais leur moi naissant : leurs intérêts, leurs préférences et leurs objectifs. Rencontrer une attitude réceptive les protège (comme les adultes) contre la surexcitation due à la peur. Mais si leur mère ignore leurs besoins ou supporte mal leur existence, ils apprennent à anticiper son rejet ou son retrait. Ils s'en tirent comme ils peuvent en occultant son hostilité ou sa froideur, mais leur corps risque de rester en état d'alerte maximale, prêt à parer les coups, le manque ou l'abandon. La dissociation, c'est savoir et ne pas savoir en même temps³⁷.

« Ce que l'enfant ne peut pas communiquer à sa mère, il ne peut pas se le formuler à lui-même³⁸ », a écrit Bowlby. Si on ne peut pas supporter ce que l'on sait ni percevoir ce que l'on sent, la seule solution est la dissociation et le déni³⁹. Peut-être l'effet le plus destructeur de cette fermeture est-il un sentiment d'irréalité intérieure, que j'ai pu observer à la clinique des enfants comme chez les patients, adultes et mineurs, du Trauma Center. Quand on ne se sent pas réel, tout nous est égal et on ne peut pas se défendre contre le danger ; ou bien, on a recours à des extrémités pour tenter de sentir quelque chose, en se battant avec des inconnus ou en se coupant avec un rasoir.

Les recherches de Lyons-Ruth ont montré que la dissociation s'installe dans les premières années : les symptômes dissociatifs – et les conduites d'autoagression – des jeunes adultes ne sont pas dus à des violences ni à des traumatismes ultérieurs⁴⁰. Le problème est que les adultes dissociés ignorent comment se sentir en sécurité. La précarité de leur première relation nourricière a perturbé leur sentiment de réalité intérieure, les poussant à développer un comportement accaparant et autodestructeur : ces symptômes ne sont pas dus à la pauvreté, à la monoparentalité, ni à des troubles psychiatriques de la mère. Cela n'implique pas que la maltraitance infantile n'entre pas en ligne de compte⁴¹, mais que la qualité des

premiers soins de l'enfant est d'une importance cruciale pour prévenir les problèmes de santé mentale indépendants du traumatisme⁴². Pour cette raison, le traitement des traumatisés ne doit pas seulement porter sur les traces d'événements traumatiques, mais sur la dissociation et la perte d'autorégulation qui sont les conséquences du manque d'écoute, d'affection et de soins réguliers dans l'enfance.

RESTAURER LA SYNCHRONIE

Les premiers modèles d'attachement créent les cartes intérieures qui orientent les relations tout au long de la vie : non seulement par rapport à ce qu'on attend des autres, mais à l'intensité du bien-être que l'on peut éprouver en leur compagnie. Je doute que le poète E. E. Cummings aurait écrit ces vers joyeux : « J'aime mon corps lorsqu'il est avec ton corps... Mes muscles s'en trouvent régénérés et mes nerfs décuplés » s'il n'avait connu dans son enfance que des visages figés et des regards hostiles⁴³. Les cartes relationnelles sont implicites, gravées dans le cerveau émotionnel, et comprendre comment elles ont été créées ne suffit pas à les changer. En les déchiffrant, vous repérerez peut-être que votre peur de l'intimité a quelque chose à voir avec la dépression post-partum de votre mère, mais cette seule analyse ne vous permettra sans doute pas d'avoir une relation de confiance agréable avec les autres. Cette prise de conscience pourra toutefois vous pousser à explorer d'autres types de liens relationnels – tant pour vous-même que pour ne pas transmettre un attachement fragile à vos enfants.

Dans la cinquième partie de ce livre, je présenterai divers traitements des systèmes d'accordage perturbés, fondés sur l'entraînement à la réponse rythmée et à la réciprocité⁴⁴. Être en phase avec soi et avec les autres requiert l'intégration des sens physiologiques : la vision, l'audition, l'équilibre et le toucher. Si ce processus ne s'est pas fait dans la petite enfance, on risque davantage d'avoir des problèmes d'intégration sensorielle à l'âge adulte (qui sont loin d'avoir pour seules causes la carence de soins maternels et le traumatisme).

Être en phase, c'est vibrer par les gestes et les sons qui mettent en relation. C'est échanger des grimaces et des étreintes, exprimer le désagrément ou le plaisir à temps, se renvoyer la balle ou chanter en chœur. Au Trauma Center, on l'a vu, nous avons mis au point des stages d'entraînement à la communication et à l'écoute pour les parents, et mes patients m'ont cité bien d'autres moyens de se mettre en phase, qui vont de la chorale à la danse de salon en passant par la musique de chambre ou le jazz. Tous favorisent un sentiment d'accord et de plaisir collectif.

DES RELATIONS PIÉGÉES PAR LES SÉVICES ET L'ABANDON

« La “plongée dans la nuit”, c’est l’exploration des parties de soi divisées, reniées et bannies dans les divers mondes souterrains de la conscience... Le but de ce périple est de se retrouver. Ce retour au bercail peut être étonnamment pénible, voire brutal. Avant de l’entamer, on doit d’abord convenir de ne *rien exiler*. »

Stephen Cope*

Quelques mois plus tôt, m’avait dit Marilyn, une jeune femme athlétique de trente-quatre ans, infirmière en chirurgie, elle avait commencé à jouer au tennis avec Michael, un pompier de Boston. D’habitude, elle évitait les hommes mais, avec le temps, elle s’était sentie assez à l’aise avec lui pour accepter d’aller parfois manger une pizza en sa compagnie. Michael appréciait visiblement la jeune femme, mais elle pensait qu’il la connaissait mal.

Un samedi soir, en sortant de la pizzeria, elle l’avait invité à passer la nuit chez elle. Dès qu’ils s’étaient retrouvés seuls, elle s’était sentie « tendue et irréelle ». Elle se rappelait lui avoir demandé d’y aller en douceur, mais ne savait plus trop ce qui s’était passé ensuite. Après

* Directeur d’un institut de recherche sur le yoga aux États-Unis, Stephen Cope enseigne la relation entre les traditions contemplatives orientales et la philosophie et la psychologie occidentales. (N.D.T.)

avoir bu quelques verres et regardé un film, ils s'étaient, semblait-il, endormis sur son lit. À deux heures du matin, Michael s'était tourné vers elle dans son sommeil. Là, au contact de son corps, Marilyn avait explosé, le bourrant de coups de poing, le mordant et hurlant : « Salaud ! Salaud ! » Michael, réveillé en sursaut, avait pris la fuite. Après son départ, Marilyn était restée des heures assise sur son lit, sidérée par ce qu'elle avait fait. Elle se sentait profondément humiliée et se détestait – et maintenant, elle venait me demander de l'aider à comprendre sa terreur des hommes et ses crises de rage.

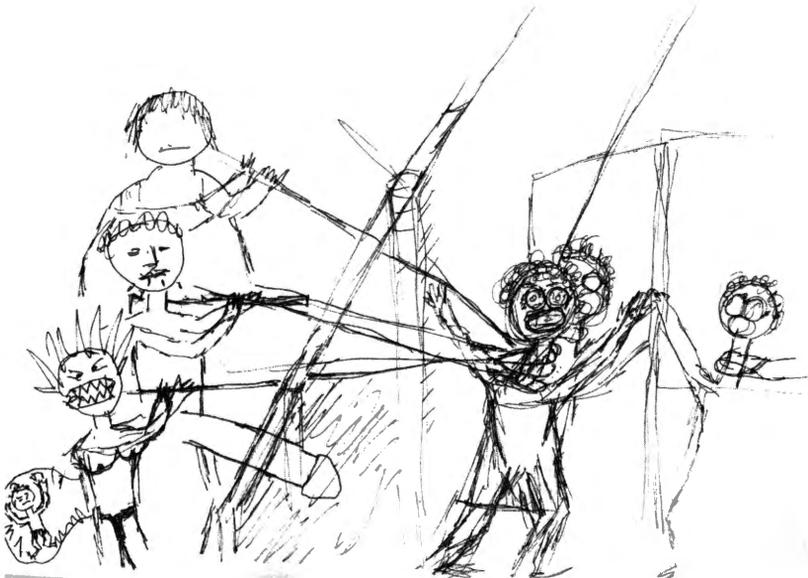
Mon expérience des vétérans m'avait préparé à entendre des histoires comme la sienne sans intervenir sur-le-champ pour régler le problème. La demande de thérapie fait souvent suite à un comportement inexplicable : agresser un amant en pleine nuit, être terrifié par un regard direct, se retrouver en sang un tesson à la main. Il faut du temps et de la patience pour découvrir la réalité cachée derrière ces symptômes.

TERREUR ET ENGOURDISSEMENT

Michael était le premier homme qu'elle avait amené chez elle depuis plus de cinq ans, m'a dit Marilyn, mais il lui était déjà arrivé de perdre son sang-froid. Dans de telles circonstances, elle s'était toujours sentie absente et crispée et parfois elle était « revenue à elle », blottie dans un coin, sans bien se rappeler ce qui s'était passé. Elle avait l'impression, m'a-t-elle expliqué, de faire « semblant » de vivre sa vie. En général, sauf au bloc opératoire ou au tennis, elle se sentait engourdie. Quelques années plus tôt, elle avait découvert qu'elle pouvait mettre fin à cette paralysie en se coupant avec un rasoir, mais elle avait pris peur en s'apercevant qu'elle le faisait de plus en plus souvent. Elle avait aussi essayé l'alcool, mais boire lui rappelait les cuites de son père et la dégoûtait d'elle-même. À la place, elle jouait furieusement au tennis, chaque fois qu'elle pouvait. Ça lui donnait l'impression d'être en vie.

Quand je l'ai interrogée sur son passé, elle m'a dit qu'elle avait dû avoir une enfance heureuse mais qu'elle avait très peu de souvenirs avant l'âge de douze ans. Elle avait été une adolescente timide mais, à seize ans, après une violente altercation avec son père, elle s'était enfuie de chez elle. Elle avait travaillé pour payer ses études d'infirmière, décrochant son diplôme sans l'aide de ses parents. Elle avait honte d'avoir couché avec beaucoup d'hommes pendant cette période, « cherchant l'amour partout où il ne fallait pas », selon son expression.

Comme souvent avec mes nouveaux patients, je lui ai demandé de dessiner un portrait de famille, et quand j'ai vu le résultat (ci-dessous), j'ai décidé d'y aller doucement. À l'évidence, Marilyn avait des souvenirs terribles, mais ne pouvait se permettre de reconnaître ce que révélait son dessin. Il montrait une enfant terrifiée, coincée dans une cage et menacée non seulement par trois personnages cauchemardesques – dont l'un sans yeux – mais aussi par un énorme pénis en érection. Et cette femme disait qu'elle « avait dû avoir » une enfance heureuse...



Comme l'a écrit le poète W. H. Auden :

*La vérité, comme l'amour et le sommeil,
N'aime pas les approches trop intenses¹.*

Suivant à la lettre ce que j'appelle « la règle d'Auden », je n'ai pas poussé Marilyn à me dévoiler ses souvenirs. En fait, un thérapeute n'a pas besoin de connaître tous les détails d'un traumatisme. Ce qui est crucial, c'est que les patients apprennent à supporter de sentir ce qu'ils sentent et de savoir ce qu'ils savent. Cela peut prendre des semaines, voire des années. J'ai donc entamé le traitement de Marilyn en l'invitant à entrer dans un groupe de thérapie déjà formé, où elle pourrait trouver un soutien avant d'affronter le moteur de sa méfiance, de sa honte et de sa rage.

Comme je m'y attendais, elle est arrivée terrifiée à la première réunion du groupe – l'image même de la gamine dans son portrait de famille. Elle est restée sur la réserve et n'a pas cherché le contact. J'avais choisi ce groupe parce qu'il avait toujours bien fonctionné et accepté les nouveaux venus qui étaient trop effrayés pour parler. Ses membres savaient d'expérience que révéler les secrets est un processus graduel. Mais cette fois, ils m'ont surpris en bombardant Marilyn de questions si intrusives sur sa vie amoureuse qu'ils m'ont fait penser à son dessin de la fillette agressée. On aurait presque dit qu'elle les avait inconsciemment poussés à répéter son passé traumatique. Je suis intervenu pour l'aider à limiter les sujets qu'elle allait aborder, et elle a commencé à se calmer.

Trois mois plus tard, Marilyn a dit au groupe qu'elle était tombée plusieurs fois dans la rue entre le métro et mon cabinet. Elle avait peur que sa vue commence à baisser : ces derniers temps, elle avait aussi raté beaucoup de balles de tennis. J'ai repensé à son dessin de la fillette aux yeux hagards. Était-ce une sorte de « trouble de conversion », une manière d'exprimer ses conflits en perdant l'usage d'une partie de son corps ? Pendant les deux guerres mondiales, de nombreux soldats ont souffert d'une paralysie qu'on ne pouvait attribuer

à des blessures physiques. En Inde et au Mexique, j'avais vu des cas de « cécité hystérique ». Mais le médecin en moi n'était pas près de conclure que tout était « dans sa tête » sans creuser un peu plus. Je l'ai envoyée à l'hôpital des yeux et des oreilles du Massachusetts pour qu'elle subisse des examens approfondis. Quelques semaines plus tard, les résultats sont arrivés. Marilyn souffrait d'un lupus érythémateux au niveau de la rétine, une maladie auto-immune qui détruisait sa vue et devait être soignée d'urgence. J'ai été consterné : Marilyn était la troisième personne, cette année-là, que je soupçonnais d'avoir subi un inceste et chez qui on diagnostiquait une maladie auto-immune – à savoir, quand le corps commence à s'attaquer lui-même.

Après m'être assuré qu'elle recevait les soins appropriés, j'ai consulté deux collègues : Richard Kradin, qui dirigeait le laboratoire d'immunologie de l'hôpital général du Massachusetts, et le psychiatre Scott Wilson. Je leur ai montré son dessin, raconté son histoire et leur ai demandé de collaborer à une étude. Ils m'ont généreusement offert leur temps et un bilan immunologique complet. Nous avons réuni un panel de vingt-quatre femmes qui ne prenaient aucun médicament, dont douze victimes d'inceste et douze sans passé traumatique. Marilyn n'a pas participé à cette étude ; en règle générale, nous ne demandons pas à nos propres patients de s'associer à nos recherches.

Une fois l'étude finie et les données analysées, Richard Kradin m'a appris qu'à la différence des femmes sans passé traumatique, les victimes d'inceste du panel présentaient des anomalies dans leur taux de CD45 RA/RO. Les cellules CD45 sont les « cellules mémoire » du système immunitaire. Certaines, les cellules RA, ont été activées par une exposition antérieure à des toxines ; elles réagissent très vite aux menaces environnementales qu'elles ont déjà rencontrées. Les cellules RO, au contraire, sont gardées en réserve, pour être mobilisées quand surgissent des menaces que le corps n'a pas encore affrontées. Le taux de RA/RO indique l'équilibre entre les cellules qui identifient des toxines connues et celles qui attendent de nouvelles

informations pour s'activer. Chez les victimes d'inceste, la proportion de cellules RA prêtes à bondir est supérieure à la normale. Cela rend leur système immunitaire hypersensible à la menace, donc porté à lancer une défense sans raison valable, même s'il doit pour ce faire attaquer les cellules de leur corps.

Notre étude a montré qu'à un niveau profond, le corps des victimes d'inceste a du mal à distinguer la sécurité du danger. Cela implique que l'empreinte du passé traumatique n'est pas seulement formée de perceptions faussées d'informations externes ; l'organisme lui-même est handicapé pour savoir comment se sentir en sécurité. Le passé est imprimé non seulement dans l'esprit de ces femmes et par des interprétations erronées de faits anodins (comme lorsque Marilyn a agressé Michael parce qu'il l'avait frôlée dans son sommeil), mais au cœur même de leur être : dans la sécurité de leur corps².

UNE CARTE DU MONDE DÉCHIRÉE

Comment apprend-on à reconnaître ce qui est sûr ou dangereux, ce qui est interne et externe, ce qu'on doit repousser et ce qu'on peut tranquillement accepter ? Le meilleur moyen de comprendre l'impact de la négligence et de la maltraitance infantiles, c'est d'écouter ce que les gens comme Marilyn peuvent nous enseigner. L'une des choses que j'ai découvertes en la connaissant mieux est qu'elle avait une idée très personnelle des relations humaines.

Au début de la vie, l'enfant se considère comme le centre du monde et interprète chaque événement d'un point de vue égocentrique. Si ses parents ne cessent de lui dire qu'il est l'être le plus charmant qui soit, il ne conteste pas leur jugement : il l'est forcément. Et en son for intérieur, quoi qu'il apprenne sur lui par la suite, il gardera le sentiment qu'il est foncièrement adorable. Dès lors, s'il sort plus tard avec une personne qui le rudoie, il ne comprendra pas ; il s'indignera. Mais si, dans sa petite enfance, on le maltraite ou on l'ignore, ou s'il grandit dans une famille qui trouve la sexualité répugnante, sa carte intérieure portera un autre message.

Son sentiment du moi sera marqué par l'humiliation et le mépris, et il aura tendance à ne pas protester si un partenaire le malmène.

Le passé de Marilyn influait sur sa vision des relations humaines. Elle était persuadée que les hommes se moquaient des sentiments des autres et obtenaient impunément ce qu'ils voulaient. On ne pouvait pas non plus faire confiance aux femmes : elles étaient trop faibles pour se défendre, et vendaient leur corps aux hommes pour qu'ils prennent soin d'elles. Si on avait un problème, elles ne levaient pas le petit doigt pour vous. Cette vision du monde s'exprimait dans son attitude envers ses collègues : elle se méfiait des motivations de ceux qui étaient gentils avec elle et leur reprochait la moindre erreur professionnelle. Quant à elle, c'était une mauvaise graine, un être foncièrement toxique qui portait malheur à son entourage.

Au début, quand je me trouvais face à des patients comme Marilyn, je contestais leurs opinions pour les aider à voir le monde d'une manière plus souple et plus positive. Un jour, une certaine Kathy m'a ouvert les yeux. Une femme du groupe de thérapie était arrivée en retard car sa voiture était tombée en panne et Kathy s'est sentie immédiatement fautive : « J'ai bien vu que ta voiture se détraquait la semaine dernière. J'aurais dû te proposer de venir avec moi. » Son autoflagellation a tellement empiré que, quelques minutes plus tard, elle endossait la responsabilité de l'inceste dont elle avait souffert : « Je l'ai cherché. J'avais sept ans et j'adorais mon père. J'avais envie qu'il m'aime, alors j'ai fait ce qu'il voulait. Tout était ma faute. » Quand je suis intervenu pour la rassurer : « Allons, vous n'étiez qu'une gamine... C'était à votre père d'observer les limites », elle s'est tournée vers moi. « Vous savez, Bessel, m'a-t-elle déclaré, j'ai conscience qu'il est très important pour vous d'être un bon thérapeute. Alors, quand vous dites des choses aussi stupides, d'habitude, je vous remercie. Après tout, j'ai subi un inceste – j'ai appris à satisfaire les besoins des hommes qui manquent d'assurance. Mais au bout de deux ans, je vous fais assez confiance pour vous dire que ces réflexions me blessent énormément. Oui, c'est vrai : je me reproche d'instinct tous les malheurs qui arrivent aux gens qui m'entourent. Je sais que c'est

irrationnel, je me sens bête de le faire, mais c'est comme ça. Quand vous essayez de me convaincre d'être plus raisonnable, je me sens encore plus seule – et ça confirme mon impression que personne ne comprendra jamais ce que c'est qu'être moi. »

Je l'ai sincèrement remerciée de sa réponse et, depuis, j'évite de dire à mes patients qu'ils ne devraient pas se sentir comme ci ou comme ça. Kathy m'a appris que ma responsabilité était bien plus profonde : je dois les aider à reconstruire leur carte intérieure du monde.

Comme je l'ai dit au chapitre précédent, les chercheurs en attachement ont montré que les parents ne se contentent pas de nourrir, d'habiller et de consoler leur bébé ; ils façonnent la manière dont son cerveau perçoit la réalité. Ils lui signifient, via leurs interactions avec lui, ce qui est sûr ou dangereux : les gens sur qui il peut compter, ceux qui le laisseront tomber et ce qu'il doit faire pour voir ses besoins satisfaits. Ces informations s'impriment dans la trame de ses circuits cérébraux et forment la matrice de son regard sur lui et sur son entourage. Ces cartes intérieures sont remarquablement stables au fil du temps.

Mais cela ne veut pas dire qu'elles ne peuvent pas être modifiées par l'expérience. Une profonde relation d'amour, notamment à l'adolescence où le cerveau traverse une nouvelle phase de changement exponentiel, peut réellement nous transformer. De même que la naissance d'un enfant, car souvent nos bébés nous apprennent à aimer. Les gens qui ont été négligés ou maltraités dans leur enfance peuvent quand même découvrir la beauté de l'intimité et de la confiance, ou avoir une forte expérience spirituelle qui leur ouvre les portes d'un univers plus vaste. À l'inverse, l'agression d'un adulte peut déformer les cartes d'une enfance épanouie au point de dévier toutes ses routes vers la terreur ou le désespoir. Ces réactions ne sont pas logiques, et on ne peut donc pas les changer en se bornant à corriger ces conduites irrationnelles. Les cartes du monde sont codées dans le cerveau émotionnel et, pour les modifier, il faut réorganiser cette partie du système nerveux central (j'en parlerai dans la cinquième partie du livre, consacrée au traitement).

Apprendre à reconnaître les pensées et les comportements irrationnels peut toutefois être un premier pas. Ainsi, les gens comme Marilyn découvrent souvent que leurs a priori diffèrent de ceux de leurs amis. Dans le meilleur des cas, leurs proches et leurs collègues leur signifieront par des mots, et non par des actes, que leur méfiance et leur haine de soi nuisent à leurs relations sociales. Mais ça arrive rarement, et l'expérience de Marilyn est caractéristique : après avoir agressé Michael, elle n'a pas eu envie d'arranger les choses, perdant à la fois son amitié et son partenaire de tennis préféré. C'est à ce moment-là que les êtres intelligents et courageux comme elle, qui restent curieux et déterminés face à des échecs répétés, commencent à chercher de l'aide.

En règle générale, le cerveau rationnel peut l'emporter sur le cerveau émotionnel, tant que la crainte ne lui met pas des bâtons dans les roues. (Par exemple, la peur qu'inspire un policier qui fait signe à un chauffeur de s'arrêter peut se changer très vite en gratitude s'il le fait pour l'avertir d'un accident plus loin.) Mais dès qu'on se sent coincé, furieux ou rejeté, on risque d'activer ses anciennes cartes et de suivre leurs directions. On commence à changer lorsqu'on apprend à dominer son cerveau émotionnel – c'est-à-dire à observer et à accepter les sensations déchirantes qui expriment l'humiliation et la souffrance. Ce n'est qu'après avoir appris à supporter ce qui se passe en soi que l'on commence à pacifier, et non plus à effacer, les émotions qui gardent ces cartes immuables.

APPRENDRE À SE SOUVENIR

Après avoir passé un an dans le même groupe de thérapie que Marilyn, une autre patiente, Mary, a demandé à parler de son histoire personnelle. Mary était gardienne de prison et avait une relation sadomasochiste avec une femme. Elle voulait que le groupe sache ce qu'elle avait vécu dans l'espoir qu'il tolère mieux ses réactions extrêmes, comme sa tendance à se fermer ou à exploser à la moindre provocation. Elle nous a dit alors, d'une voix hachée par

l'émotion, que son frère et sa bande de copains l'avaient violée quand elle avait treize ans. Elle s'était retrouvée enceinte et sa mère l'avait fait avorter chez elle, sur la table de la cuisine. Les membres du groupe l'ont écoutée avec tact et l'ont réconfortée pendant qu'elle sanglotait. J'ai été profondément ému par leur empathie : ils la consolait comme ils auraient voulu l'être le jour où ils avaient subi leur propre traumatisme.

La séance touchait à sa fin quand Marilyn a demandé si elle pouvait dépasser un peu l'horaire pour parler de ce qu'elle avait ressenti. Le groupe a accepté, et elle nous a dit : « En entendant ça, je me suis demandé si je n'avais pas moi-même subi une agression sexuelle. » J'en suis resté bouche bée. D'après le dessin de sa famille, j'avais toujours supposé qu'elle était consciente, au moins jusqu'à un certain point, que c'était le cas. Face à Michael, elle avait réagi comme une victime d'inceste et elle se comportait sans cesse comme si le monde était un endroit terrifiant. Mais elle avait eu beau dessiner une fillette sexuellement agressée, elle – du moins son moi verbal, cognitif – n'avait aucune idée de ce qui lui était vraiment arrivé. Son système immunitaire, ses muscles et son circuit de la peur avaient tous enregistré le viol, mais son esprit conscient n'avait pas les moyens de le raconter. Elle reproduisait le traumatisme dans sa vie, mais ne pouvait pas l'exprimer par un récit. Comme on le verra au chapitre 12, la mémoire traumatique diffère de manière complexe des souvenirs classiques et fait appel à plusieurs strates du cerveau et de l'esprit.

Ébranlée par l'histoire de Mary et les cauchemars qui s'en sont ensuivis, Marilyn a entamé une thérapie individuelle avec moi et commencé ainsi à affronter son passé. Au début, elle était inondée par des vagues de terreur. Elle a tenté d'arrêter quelque temps la thérapie, mais elle l'a reprise quand, minée par l'insomnie, elle a dû se mettre en congé maladie. « Mon seul critère pour reconnaître une situation dangereuse, m'a-t-elle dit plus tard, c'est quand quelque chose me dit : "Si je ne peux pas m'en dépêtrer, elle va me tuer." »

J'ai commencé par lui apprendre à se calmer en se concentrant sur la respiration profonde, tout en suivant les sensations du souffle dans son corps. J'ai associé cette méthode au tapotement des points d'acupression, pour l'aider à ne pas se sentir submergée. Nous avons aussi travaillé sur la pleine conscience : apprendre à garder son esprit éveillé tout en laissant son corps éprouver les sensations qu'elle avait fini par redouter lui a lentement permis de prendre du recul pour observer ce qu'elle vivait, au lieu d'être assaillie sur-le-champ par ses sentiments. Elle avait tenté d'étouffer ces sentiments en buvant et en s'épuisant, mais elle se sentait maintenant suffisamment en sécurité pour commencer à se rappeler ce qui lui était arrivé dans son enfance. À mesure qu'elle acquérait la maîtrise de ses sensations physiques, elle a aussi commencé à voir la différence entre le passé et le présent : désormais, si elle avait senti la nuit une jambe frôler la sienne, elle aurait pu reconnaître que c'était celle de Michael, le beau partenaire de tennis qu'elle avait invité chez elle, ce qui ne voulait pas dire qu'il tentait de l'agresser. Être calme lui a permis de savoir – pleinement et physiquement – qu'elle n'était plus une petite fille, mais une femme de trente-quatre ans.

Quand Marilyn a enfin commencé à accéder à ses souvenirs, ils ont pris la forme de flash-back lui montrant le papier peint de sa chambre d'enfant. Elle a alors pris conscience qu'elle s'était focalisée sur ce papier quand elle avait été violée par son père à l'âge de huit ans. Cette agression l'avait effrayée à un point si insupportable qu'elle avait dû la chasser de sa mémoire. Après tout, elle devait continuer à vivre avec cet homme, son père, qui l'avait violentée. Elle se rappelait avoir cherché une protection auprès de sa mère, mais lorsqu'elle avait couru vers elle, celle-ci l'avait mollement prise dans ses bras. Par moments, sa mère se taisait. D'autres fois, elle pleurait ou la grondait d'« avoir mis papa aussi hors de lui ». L'enfant terrifiée n'avait trouvé personne pour la protéger.

Après quarante ans d'exercice, je me surprends encore à murmurer : « C'est incroyable... » quand des patients me parlent des

souffrances de leurs jeunes années. Ils sont souvent aussi perplexes que moi : comment des parents ont-ils pu infliger une telle torture à leur enfant ? Une part d'eux-mêmes continue d'affirmer qu'ils exagèrent ou ont dû inventer cette histoire. Ils ont tous honte de ce qu'ils ont subi et s'en rendent responsables – à un certain niveau, ils croient dur comme fer qu'on leur a fait ces choses terribles parce qu'ils sont eux-mêmes des personnes horribles.

Marilyn a commencé à explorer la manière dont, dans son impuissance, elle avait appris à se fermer et à se soumettre à ce qu'on lui demandait. Elle y était arrivée en s'évaporant : dès qu'elle entendait son père s'approcher de sa chambre, elle « mettait sa tête dans les nuages ». Une autre patiente qui avait réagi de la même façon a dessiné la scène pour me montrer comment elle procédait. Quand son père se mettait à la toucher, elle se faisait disparaître ; elle flottait jusqu'au plafond, d'où elle voyait une autre petite fille sur le lit³. Elle était heureuse que ce ne soit pas vraiment elle – c'était une autre fillette qui se faisait violer.



Regarder ces têtes séparées de leur corps par un brouillard impénétrable m'a ouvert les yeux : grâce à ça, j'ai compris l'expérience de la dissociation, qui est très courante chez les victimes d'inceste. Marilyn s'est aperçue qu'une fois adulte, elle avait continué à flotter au plafond quand elle faisait l'amour avec un homme. Dans la période où elle était plus active sexuellement, un partenaire lui avait dit qu'elle était étonnante au lit : là, il la reconnaissait à peine, elle parlait même autrement. En général, elle ne se rappelait pas ce qui s'était passé, mais d'autres fois, elle devenait agressive. Ignorant ce qu'elle voulait vraiment sur le plan sexuel, elle avait peu à peu cessé d'avoir des aventures – jusqu'à ce qu'elle rencontre Michael.

« HAÏR SA MAISON »

Un enfant ne peut pas choisir ses parents. Il ne peut pas non plus comprendre qu'ils sont parfois trop déprimés, paumés ou furieux pour être là pour lui, ou qu'il n'est pas forcément la cause de leur comportement. Les enfants sont forcés de s'organiser pour tenir dans la famille qui leur est donnée. À la différence des adultes, ils ne peuvent pas demander de l'aide à d'autres autorités – leurs parents *incarnent* l'autorité – ni louer un appartement pour leur échapper : leur survie même tourne autour de leurs parents.

Même s'ils ne sont pas explicitement menacés, les enfants sentent qu'on les punirait s'ils parlaient des violences qu'ils ont endurées. À la place, ils mobilisent toute leur énergie pour ne pas y penser et ne pas éprouver dans leur corps les vestiges de leur peur et de leur panique. Comme ils ne peuvent pas supporter de savoir ce qu'ils ont subi, ils ne peuvent pas non plus comprendre que leur colère, leur terreur et leur effondrement sont liés à cette expérience. Ils ne parlent pas ; ils agissent – et ils réagissent à leurs émotions par la rage, la fermeture, la rébellion ou la docilité.

De plus, les enfants sont foncièrement loyaux envers leurs parents, même si leurs géniteurs les maltraitent. La crainte augmente le

besoin d'attachement, même si la source de réconfort est aussi celle de la peur. Je n'ai jamais rencontré d'enfant qui ait été torturé dans son foyer et qui n'aurait pas préféré y rester plutôt que d'être placé. S'attacher à son bourreau n'est, bien sûr, pas le propre de l'enfance. Des otages ont payé la caution demandée par leurs ravisseurs, couché avec eux ou exprimé le désir de les épouser. Il n'est pas rare que des victimes de violence conjugale couvrent leur agresseur. Beaucoup de juges me disent combien ils se sentent blessés quand, ce qui arrive souvent, ils découvrent qu'une femme battue qu'ils ont tenté de protéger a laissé son conjoint revenir à la maison.

Marilyn a mis longtemps à pouvoir parler du viol qu'elle avait subi : elle n'était pas prête à enfreindre sa loyauté envers sa famille – en son for intérieur, elle pensait avoir toujours besoin que ses parents la protègent contre ses peurs. Mais cette loyauté se paye par un désespoir et une solitude insupportables – et par la rage, inévitable, de l'impuissance. Une rage qui ne peut pas se déverser se retourne contre le moi sous forme de dépression, de haine de soi et d'actes autodestructeurs. Une patiente m'a dit : « C'est comme si on haïssait sa maison, sa cuisine, ses casseroles, son lit, ses chaises, sa table et ses tapis. » Rien ne vous rassure – encore moins votre corps.

Apprendre à faire confiance est un défi majeur. Une institutrice qui avait été violée très jeune par son grand-père m'a envoyé cet e-mail : « J'ai commencé à réfléchir au danger de me confier à vous une fois dans ma voiture, après notre séance. Là, soudain [...] j'ai pris conscience que j'avais transgressé la règle de ne pas m'attacher, ni à vous ni à mes élèves. » À la séance suivante, elle m'a dit qu'elle avait aussi été violée par un employé de l'université pendant ses études. Je lui ai demandé si elle avait demandé de l'aide et déposé plainte contre lui. « Je n'ai pas pu me résoudre à aller à la clinique, alors qu'elle était juste en face, m'a-t-elle répondu. J'avais désespérément besoin d'aide, mais j'ai eu l'impression très profonde que j'en sortirais encore plus meurtrie... et c'était peut-être vrai. Bien sûr, j'ai dû cacher cette histoire à mes parents – et à tout le monde. » Quand je lui ai dit que je m'inquiétais pour elle, elle m'a écrit cet

autre e-mail : « J'essaie de me répéter que je n'ai rien fait pour mériter d'être traitée ainsi. Personne ne m'a jamais dit qu'il s'inquiétait pour moi – et je m'accroche à cette idée comme à un trésor : penser que je vaille la peine qu'un homme que je respecte et qui comprend vraiment le problème où je me débats se préoccupe de moi. »

Pour savoir qui l'on est – pour avoir une identité –, il faut savoir (ou du moins, avoir l'impression de savoir) ce qui est et a été « réel ». On doit observer et bien définir ce qu'on voit autour de soi, pouvoir se fier à ses souvenirs et arriver à les distinguer de ses fantasmes. Perdre la faculté d'opérer ces distinctions est un signe de ce que le psychanalyste William Nederland appelait le « meurtre de l'âme ». Effacer la conscience et cultiver le déni est souvent essentiel à la survie, mais on le paye en perdant de vue qui on est, ce qu'on ressent, et à qui on peut faire confiance⁴.

REPRODUIRE LE TRAUMATISME

Pendant sa thérapie, Marilyn a accédé à un souvenir du traumatisme de son enfance. Il lui est revenu dans un rêve où elle avait l'impression d'étouffer. Quelqu'un nouait un torchon autour de son cou et la soulevait jusqu'à ce que ses pieds ne touchent plus le sol. Elle s'est réveillée paniquée, sûre qu'elle allait mourir. Son rêve m'a fait penser aux cauchemars que m'ont racontés certains vétérans, où surgissaient des images précises, inaltérées, de visages et de membres arrachés qu'ils avaient vus à la guerre. Ces rêves étaient si terrifiants que, la nuit, ils luttaient contre le sommeil; seules des siestes dans la journée, qu'ils n'associaient pas à des attaques nocturnes, leur semblaient à peu près sans danger.

À ce stade de la thérapie, Marilyn était souvent inondée d'images et de sensations liées à son rêve d'étranglement. Elle s'est rappelé une fois où elle était dans la cuisine de ses parents, les yeux gonflés, le cou endolori et le nez en sang. Elle avait quatre ans, et son père et son frère la traitaient de « stupide, stupide petite fille ». Un jour, elle m'a dit : « Hier soir, dans ma salle de bains, j'ai été submergée

par la sensation que je me débattais. J'étais comme un poisson hors de l'eau, me tordant dans tous les sens pour lutter contre le manque d'air. Je sanglotais et j'étouffais en me brossant les dents. La panique montait dans ma poitrine et j'ai dû rassembler toutes mes forces pour ne pas hurler "Nononononon !" face à mon lavabo. » Après, elle s'est couchée et a pu s'endormir, mais pendant toute la nuit elle s'est réveillée toutes les deux heures comme une horloge.

Le traumatisme n'est pas mémorisé comme un récit bien ordonné, avec un début, un milieu et une fin. Les souvenirs, je l'ai dit au début de ce livre, reviennent sous forme de flash-back contenant des fragments de l'expérience traumatique : des sensations, des images et des sons isolés, sans autre contexte initial que la panique. Marilyn n'avait aucun moyen d'exprimer l'indicible quand elle était petite et, de toute manière, ça n'aurait rien changé : personne ne l'écoutait.

Comme beaucoup de victimes de maltraitance infantile, Marilyn était l'illustration de la force vitale, de la volonté de vivre et de régir sa vie, de l'énergie de contrer l'anéantissement du traumatisme. Avec le temps, j'en suis venu à comprendre que la seule chose qui permet de soigner les traumatisés, c'est un respect admiratif pour l'instinct de survie grâce auquel ils ont supporté les coups, puis enduré les sombres nuits de l'âme qui jalonnent inévitablement la route de la guérison.

ET L'AMOUR DANS TOUT ÇA ?

« L'intimidation, la stigmatisation, l'impuissance et le sentiment de culpabilité de l'enfant reposent sur la réalité terrifiante de l'agression sexuelle dont il est victime [...]. "Ne t'en fais pas pour ces choses-là ; elles ne pourraient jamais arriver dans notre famille." "Comment as-tu pu imaginer de telles horreurs ?" "Je ne veux plus jamais t'entendre dire ça !" "Un enfant ne pose pas de questions et ne rapporte pas." »

Roland Summit¹

Comment un psychiatre se forme-t-il un jugement sur une personne comme Marilyn, Kathy ou Mary, et que peut-il faire pour l'aider ? La manière dont il définit ses problèmes – le diagnostic – déterminera son approche thérapeutique. Ce genre de patiente reçoit, en général, cinq ou six diagnostics différents au cours de son traitement. Si son psychiatre se focalise sur ses changements d'humeur, il la jugera bipolaire et lui donnera du lithium ou du valproate. S'il est plus touché par son désespoir, il dira qu'elle souffre d'une dépression majeure et la mettra sous antidépresseurs. S'il se concentre sur son agitation et son manque d'attention, il pourra lui attribuer un TDAH (trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité) et lui prescrire de la Ritaline ou d'autres stimulants. Enfin, s'il lui suppose un passé traumatique et que le discours de la patiente semble

le confirmer, il pourra lui diagnostiquer un SSPT. Aucun de ces diagnostics ne sera totalement faux, mais il n'expliquera pas non plus exactement qui est cette personne et ce dont elle souffre.

La psychiatrie, en tant que branche de la médecine, cherche à définir la maladie mentale aussi précisément que, disons, la pneumopathie ou le cancer. Mais, vu la complexité de l'esprit, du cerveau et des systèmes d'attachement humain, elle est encore loin d'une telle précision. Comprendre ce qui « ne va pas » chez un patient dépend aujourd'hui plus de la mentalité du praticien (et de ce que paieront les assurances*) que de faits objectifs vérifiables.

Comme je l'ai dit au chapitre 2, la première tentative sérieuse pour créer un manuel de diagnostics psychiatriques a abouti en 1980, avec la parution de la troisième édition du *DSM* (le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*) : la liste officielle de toutes les maladies mentales reconnues par l'Association américaine de psychiatrie. Sa préface contenait toutefois un avertissement explicite, disant que cette nosographie n'était pas assez précise pour servir à des contrats d'assurance ou à des fins médico-légales. Pourtant, ce manuel est devenu peu à peu un énorme instrument de pouvoir : aux États-Unis, les assurances réclament un de ses diagnostics pour rembourser les soins ; jusque très récemment, tous les financements de recherches se fondaient sur ses catégories ; et les programmes universitaires sont conçus autour d'elles. Les étiquettes du *DSM* n'ont pas tardé à faire leur chemin dans le grand public. Nous sommes des millions à savoir que Tony Soprano a souffert de dépression et de crises de panique et que, dans la série *Homeland*, Carrie Mathison se débat avec un trouble bipolaire. Ce manuel est devenu une quasi-industrie qui a fait gagner plus de 100 millions de dollars à l'Association américaine de psychiatrie². La question est : a-t-il rapporté des bénéfices comparables aux patients auxquels il était censé servir ?

Un diagnostic psychiatrique a de lourdes conséquences. Il oriente la thérapie, et un mauvais traitement peut avoir des effets

* Aux États-Unis. (N.D.E.)

désastreux. De même, une étiquette diagnostique peut coller à la peau toute la vie et influencer profondément la manière dont on se définit. De très nombreux malades m'ont dit qu'ils « étaient » borderline ou qu'ils « avaient » un SSPT comme si, tel le comte de Monte-Cristo, ils avaient été condamnés à moisir éternellement dans un cachot. Aucun de ces diagnostics ne tient compte des talents peu communs que développent certains de nos patients ni de l'énergie créatrice qu'il leur a fallu pour survivre. Trop souvent, les diagnostics sont de simples listes de symptômes, qui font passer les personnes comme Mary, Marilyn et Kathy pour des femmes purement incontrôlables.

L'American Heritage Dictionary définit le diagnostic comme suit : « a) Acte ou processus permettant d'identifier ou de déterminer la nature et la cause d'une maladie ou d'une blessure en examinant le patient, en évaluant ses antécédents et en étudiant les résultats de ses analyses ; b) Opinion tirée de cette évaluation³. » Dans ce chapitre et le suivant, je montrerai le gouffre entre les diagnostics officiels et ce dont souffrent vraiment nos patients, et comment mes collègues et moi-même avons tenté de changer la manière dont les traumatisés chroniques sont diagnostiqués.

COMMENT RECUEILLE-T-ON UNE HISTOIRE DE TRAUMATISME ?

En 1985, j'ai commencé à collaborer avec la psychiatre Judith Herman, qui venait alors de publier son premier livre, *Father-Daughter Incest*. Comme nous travaillions dans le même hôpital universitaire (à Cambridge, Massachusetts) et partagions un intérêt pour la manière dont le traumatisme avait affecté la vie de nos patients, nous avons commencé à nous voir régulièrement pour comparer nos observations. Nous étions frappés par le fait que beaucoup de malades chez qui on avait diagnostiqué un trouble de la personnalité borderline (TPB) nous rapportaient des choses horribles sur leur enfance. Le TPB est marqué par des relations envahissantes

mais aussi très instables, des sautes d'humeur extrêmes et un comportement autodestructeur, notamment l'automutilation et des tentatives de suicide répétées. Pour savoir s'il y avait un rapport entre le traumatisme infantile et le TPB, nous avons élaboré une étude scientifique et envoyé une demande d'aide aux Instituts nationaux de la santé – qui a été rejetée.

Judy et moi avons alors décidé de financer l'étude nous-mêmes. Nous avons trouvé un allié en la personne de Chris Perry, le directeur de recherche de l'hôpital de Cambridge, qui avait reçu une subvention pour étudier le TPB et des diagnostics apparentés – les prétendus troubles de la personnalité – parmi ses patients. Il avait recueilli beaucoup de données précieuses sur le sujet, mais n'avait pas fait de recherches sur la maltraitance et la négligence infantiles. Tout en ne cachant pas son scepticisme envers notre projet, il nous a généreusement laissés interroger 55 patients suivis en hôpital de jour et comparer nos résultats avec les éléments de la grande base de données qu'il avait déjà créée.

La première question que nous nous sommes posée était : comment recueille-t-on une histoire de traumatisme ? On ne peut pas demander à un patient de but en blanc : « Vous a-t-on maltraité quand vous étiez enfant ? » ou « Étiez-vous battu par votre père ? » Qui confierait une information aussi sensible à un inconnu ? Sachant que tout le monde a honte du traumatisme qu'il a subi, nous avons conçu un support adapté pour nous aider dans nos interviews, le questionnaire sur les antécédents traumatiques⁴. Il commençait par une série de questions simples : « Où vivez-vous et avec qui ? », « Qui paye les factures et qui fait la cuisine et le ménage ? ». Peu à peu, il passait à des questions plus révélatrices : « Sur qui vous reposez-vous dans la vie quotidienne ? » (Par exemple, quand vous êtes malade, qui fait les courses ou vous conduit chez le médecin ?) « À qui parlez-vous quand vous êtes bouleversé ? » (En d'autres termes, qui vous apporte un soutien affectif ?) Certains patients m'ont donné des réponses étonnantes : « Mon chien », « Mon thérapeute », ou « Personne ».

Nous posions ensuite des questions du même ordre portant sur leur enfance : « Qui habitait dans votre foyer ? », « Combien de fois avez-vous déménagé ? », « Quelle était la personne qui s'occupait le plus de vous quand vous étiez bébé ? ». Beaucoup de gens ont cité des déménagements fréquents qui les obligeaient à changer d'école en milieu d'année. Certains avaient des parents qui avaient été en prison, placés en hôpital psychiatrique ou s'étaient enrôlés dans l'armée. D'autres avaient multiplié les familles d'accueil ou vécu chez une série de cousines et de tantes.

La partie suivante du questionnaire avait trait aux relations qu'ils avaient eues dans leur enfance : « Qui, dans votre famille, était affectueux avec vous ? », « Qui vous traitait avec une tendresse particulière ? ». C'était suivi par une question cruciale – encore jamais posée, à ma connaissance, dans une étude scientifique : « Y avait-il, dans votre entourage, quelqu'un avec qui vous vous sentiez en sécurité ? » Parmi les patients que nous avons interrogés, un sur quatre ne se souvenait d'aucun proche qui réponde à ce critère. Nous avons coché la case « personne » sans faire de commentaire, mais c'était sidérant. Imaginez que vous n'avez eu personne pour vous rassurer quand vous étiez petit, que vous ayez dû vous frayer un chemin sans aucune protection dans la vie...

Les questions se poursuivaient : « Qui fixait les règles et faisait respecter la discipline à la maison ? », « Comment corrigeait-on les enfants ? – En leur parlant, en les grondant, en les frappant, en les enfermant ? », « Comment vos parents réglait-ils leurs différends ? ». À ce stade, en général, les vannes s'étaient ouvertes et beaucoup de patients offraient des informations spontanément. Une femme avait vu sa sœur cadette se faire violer ; une autre avait eu sa première expérience sexuelle à huit ans – avec son grand-père. Des hommes comme des femmes nous ont dit avoir entendu, la nuit, leurs parents hurler et briser des meubles ; un jeune homme était descendu dans la cuisine, pour trouver sa mère gisant dans son sang. D'autres nous ont raconté qu'un jour, personne n'était venu les chercher à l'école ou qu'en rentrant chez eux, ils avaient trouvé

la maison vide et passé la nuit seuls. Une femme, devenue cuisinière, avait appris à préparer les repas de sa famille quand sa mère avait été emprisonnée pour trafic de drogue. Une autre avait neuf ans lorsqu'elle avait attrapé le volant pour le redresser quand sa mère, qui roulait en état d'ivresse, avait fait une embardée sur une autoroute à quatre voies.

Nos patients n'avaient pas pu se sauver ; ils n'avaient eu personne vers qui se tourner ni aucun endroit où se réfugier. Pourtant, ils avaient dû trouver un moyen de surmonter leur terreur et leur désespoir. Ils étaient sans doute allés à l'école le lendemain en tâchant de faire comme si de rien n'était. Judy et moi avons compris que leurs problèmes de TPB – dissociation, attachement désespéré à quiconque pouvait les aider – avaient peut-être été, au départ, des défenses face à des émotions bouleversantes et à une violence inévitable.

Après ces interviews, Chris Perry a confronté les réponses de nos patients aux données de leurs dossiers dans l'ordinateur central de Harvard. Un samedi matin, il nous a demandé de venir. Une fois dans son bureau, nous avons trouvé une grosse pile de sorties papier. Dessus, il avait placé une BD de Gary Larson où l'on voit des savants, penchés sur des dauphins, s'étonner des « sons étranges » qu'ils produisent : « aa blah es span yol ». Nos résultats l'avaient convaincu qu'à moins de connaître la langue de la maltraitance et du traumatisme, on ne pouvait pas vraiment comprendre le trouble de la personnalité borderline.

Comme nous l'avons écrit plus tard dans l'*American Journal of Psychiatry*, 81 % des patients chez qui l'hôpital de Cambridge avait diagnostiqué un trouble de personnalité borderline nous avaient rapporté un passé de grave maltraitance et/ou de négligence infantile ; dans la vaste majorité des cas, les sévices avaient débuté avant l'âge de sept ans⁵. Cette découverte était particulièrement importante parce qu'elle suggérait que l'impact de la maltraitance dépend, au moins en partie, de l'âge auquel elle commence. Une recherche ultérieure, conduite par Martin Teicher à l'hôpital

McLean, a montré que des formes de maltraitance différentes ont des impacts différents sur les aires cérébrales selon les divers stades de développement⁶. Bien que de nombreuses études soient, depuis, parvenues aux mêmes résultats que nous⁷, on me demande encore régulièrement de faire des recensions d'articles disant, en substance : « Certains ont avancé l'hypothèse que les patients borderline pouvaient avoir des antécédents de traumatisme infantile ». Quand donc une hypothèse commence-t-elle à devenir un fait scientifiquement établi ?

Notre étude confirmait clairement les conclusions d'Alan Sroufe* dans la lignée de John Bowlby : « Quand des enfants se sentent en permanence coupables ou en colère, ou lorsqu'ils ont une peur chronique d'être abandonnés, ces sentiments viennent d'une expérience réelle. Par exemple, s'ils craignent qu'on les abandonne, ce n'est pas en réaction à des pulsions homicides intrinsèques, mais plutôt parce qu'on les a abandonnés physiquement ou psychologiquement, ou qu'on les en a souvent menacés. Quand des enfants sont toujours pleins de rage, cela vient souvent d'un rejet ou de mauvais traitements. Si leur colère les plonge dans un conflit intérieur intense, c'est peut-être bien parce que l'exprimer est interdit, voire dangereux⁸. »

Bowlby avait remarqué que, lorsque des enfants doivent exclure de leur mémoire des expériences fortes, cela crée de graves problèmes, parmi lesquels « une méfiance chronique envers autrui, l'inhibition de leur curiosité, un manque de confiance envers leurs propres sens et une tendance à trouver chaque chose irréal⁹ ». Comme nous le verrons, cela a des conséquences importantes sur le traitement.

Notre étude nous a conduits à réfléchir non seulement à l'impact des événements horribles autour duquel se centre le diagnostic de SSPT, mais aussi aux effets à long terme de la violence et de la

* Professeur émérite de psychologie de l'enfant à l'université du Minnesota. (N.D.T.)

négligence parentales. Elle a également soulevé une question cruciale : quelles sont les thérapies efficaces pour les malades qui ont un passé de maltraitance – notamment pour les patients suicidaires qui se blessent volontairement ?

L'AUTOMUTILATION

Pendant ma formation, j'ai été appelé en urgence trois nuits de suite pour faire des points de suture à une femme qui s'entailait le cou avec le premier objet tranchant qu'elle pouvait trouver. Elle m'a dit, assez triomphalement, que se couper lui faisait un bien fou. Depuis, je me suis toujours interrogé sur ce qui peut pousser à agir ainsi. Pourquoi certaines personnes réagissent-elles aux émotions fortes en jouant trois sets au tennis ou en buvant un Martini bien tassé, alors que d'autres se taillent les bras ? Notre étude a montré que les antécédents de maltraitance et de sévices sexuels étaient souvent des signes annonciateurs d'automutilation et de tentatives de suicide répétées¹⁰. Je me suis donc demandé si les ruminations suicidaires des patients que nous avons interrogés avaient commencé dans leur enfance, et si préparer leur fuite en s'automutilant ou en tentant de se tuer les avait soulagés – si, en fait, s'infliger des blessures formait une tentative désespérée d'acquiescer un sentiment de contrôle.

La base de données de Chris Perry contenait des informations de suivi sur tous les patients soignés à l'hôpital de jour, y compris sur leurs tendances suicidaires et leur conduite autodestructrice. Au bout de trois ans de thérapie, deux tiers d'entre eux allaient nettement mieux. Nous étions alors confrontés à la question suivante : quels étaient les sujets de notre étude auxquels la thérapie avait fait du bien, et ceux qui étaient restés autodestructeurs et suicidaires ? Nous avons trouvé quelques pistes en comparant leur comportement à l'âge adulte avec leurs réponses à notre questionnaire sur les antécédents traumatiques. Ceux qui étaient restés autodestructeurs avaient dit ne pas se rappeler s'être sentis en

sécurité avec quelqu'un dans leur enfance : ils avaient été abandonnés, ballottés de foyer en foyer et, de manière générale, livrés à eux-mêmes.

J'en ai conclu que, si on se souvient d'avoir pu compter sur un proche rassurant dans ses premières années, les traces de cette affection antérieure peuvent être réactivées par des relations harmonieuses à l'âge adulte, que ce soit dans la vie quotidienne ou par le biais d'une bonne thérapie. Mais, s'il nous manque l'impression profonde d'avoir été aimé et protégé, les récepteurs du cerveau qui réagissent à la gentillesse humaine peuvent ne pas se développer¹¹. Si tel est le cas, comment peut-on apprendre à se calmer et à se sentir ancré dans son corps ? Encore une fois, cela a de grandes conséquences sur la thérapie, et je reviendrai à cette question dans toute la cinquième partie de cet ouvrage, qui porte sur le traitement.

L'IMPRÉCISION DES ÉTIQUETTES PSYCHIATRIQUES

Notre étude a aussi confirmé qu'il existait une catégorie de traumatisés assez distincte des victimes d'accident et des vétérans pour lesquels le diagnostic de SSPT avait été créé. Les patients comme Marilyn et Kathy, ceux que j'avais étudiés avec Judy, et les enfants suivis au Centre de santé mentale du Massachusetts (voir le chapitre 7), ne se rappellent pas forcément leur traumatisme (un des critères du diagnostic de SSPT) ; ou, du moins, ils ne sont pas préoccupés par des souvenirs précis de ce qu'ils ont subi, mais continuent à se conduire comme s'ils étaient toujours en danger. Les membres de cette catégorie passent d'un extrême à l'autre, ont du mal à rester concentrés et ne cessent de s'en prendre à eux-mêmes ou à leur entourage. Leurs problèmes sont analogues, jusqu'à un certain point, avec ceux des anciens combattants ; mais ils en diffèrent aussi beaucoup du fait que leur traumatisme infantile les a empêchés de développer certaines des facultés mentales dont les soldats jouissaient avant d'être traumatisés.

Quand nous avons compris cela, nous sommes allés en délégation¹² voir Robert Spitzer, le psychiatre qui avait dirigé la publication du *DSM-III* et procédait alors à sa révision. Les médecins qui passent leur temps à traiter un certain type de patients, a-t-il observé, deviennent souvent de grands experts dans la compréhension de leurs affections. Il nous a suggéré d'entamer une enquête sur le terrain pour comparer les problèmes des différents groupes de traumatisés¹³, et il m'a confié la direction du projet. Nous avons d'abord mis au point une échelle d'évaluation couvrant tous les symptômes des traumatismes cités dans la littérature scientifique, puis nous avons interrogé 525 patients adultes en cinq endroits des États-Unis, pour voir si certaines populations souffraient de différents faisceaux de problèmes. Nos patients se divisaient en trois groupes : les personnes qui, dans leur enfance, avaient été abusées sexuellement ou maltraitées par leurs parents ; les victimes de violences familiales récentes ; et les gens qui avaient été traumatisés depuis peu par une catastrophe naturelle.

Il existait des différences claires entre ces groupes – notamment entre ceux placés aux deux extrémités du spectre, les victimes de maltraitance infantile et les rescapés de catastrophes naturelles. Les membres du premier groupe avaient des problèmes de concentration, se plaignaient d'être toujours à cran et se dégoûtaient profondément. Ils avaient énormément de mal à négocier les relations intimes et oscillaient souvent entre des rencontres de hasard, insatisfaisantes et à haut risque, et une absence totale de rapports sexuels. Ils avaient aussi des trous de mémoire importants, un comportement autodestructeur et beaucoup de problèmes de santé. Ces symptômes étaient relativement rares chez les rescapés de catastrophes naturelles.

Pour chaque diagnostic majeur du *DSM*, un groupe de travail devait suggérer des révisions à la nouvelle édition. J'ai donc soumis ces résultats à notre groupe de travail chargé du SSPT, et nous avons voté à dix-neuf contre deux la création d'un nouveau diagnostic pour les victimes de traumatisme interpersonnel : le

« SSPT complexe^{14,15} ». Mais à notre grande surprise, ce diagnostic que nous avons approuvé à une écrasante majorité n'a pas été intégré dans l'édition finale. C'était une exclusion tragique. Elle privait de très nombreux patients d'un diagnostic précis, et empêchait les chercheurs de développer scientifiquement des traitements adaptés à leur état : on ne peut pas créer un traitement pour un mal qui n'existe pas. L'absence de diagnostic plaçait les thérapeutes face à un grave dilemme : comment soigne-t-on les patients confrontés aux retombées de la maltraitance, de la trahison et de l'abandon quand on est forcé de leur coller d'autres étiquettes – dépression, trouble panique, bipolaire ou personnalité borderline – qui ne correspondent pas vraiment à leur mal-être ?

Les séquelles de la maltraitance et de la négligence parentales sont bien plus courantes et plus complexes que celles des accidents de la route. Pourtant, les décideurs qui ont forgé le système de diagnostic, aux États-Unis, ont choisi de méconnaître cette évidence. À ce jour, vingt ans plus tard et après quatre autres révisions, le *DSM* et tout le système fondé sur ses critères ne tiennent toujours pas compte des victimes de négligence et de maltraitance infantiles – tout comme ils ont ignoré la souffrance des anciens combattants avant la création du diagnostic de SSPT dans les années 1980.

L'ÉPIDÉMIE CACHÉE

Comment transforme-t-on un nouveau-né, avec toutes ses promesses et ses capacités, en trentenaire alcoolique et sans abri ? Comme pour beaucoup de grandes découvertes, le médecin Vincent Felitti a trouvé cela par hasard. En 1985, il dirigeait le service de médecine préventive de l'hôpital Kaiser Permanente de San Diego, qui possédait alors le plus grand programme de dépistage du monde. Il était aussi à la tête d'une clinique spécialisée dans l'obésité, qui pratiquait une technique dite de « jeûne total supplémenté » entraînant des pertes de poids spectaculaires. Un jour, il a reçu une aide-soignante de vingt-huit ans, qui prétendait que l'obésité était son

problème majeur. Felitti a accepté de la soigner et, en l'espace d'un an, son poids est passé de cent quatre-vingt-cinq à soixante kilos.

Toutefois, quand Felitti l'a revue quelques mois plus tard, elle avait repris encore plus de poids qu'il ne le croyait biologiquement possible en un temps aussi court. Que s'était-il passé ? Il s'est avéré que son nouveau corps svelte avait attiré un de ses collègues, qui s'était mis à flirter avec elle, puis avait suggéré des rapports sexuels. Ce soir-là, en rentrant chez elle, elle avait commencé à manger. Depuis, elle se gavait dans la journée et mangeait la nuit en état de somnambulisme. Quand Felitti l'a interrogée sur cette réaction extrême, elle a révélé une longue histoire d'inceste avec son grand-père.

Ce n'était que le deuxième cas d'inceste qu'il rencontrait en vingt-trois ans de carrière et pourtant, dix jours plus tard, il a entendu parler d'une histoire similaire. Quand il a commencé à étudier la chose de plus près avec son équipe, il a été choqué de découvrir que la plupart des patients qui souffraient d'obésité morbide avaient subi des sévices sexuels dans leur enfance. Il a aussi décelé une foule d'autres problèmes familiaux. En 1990, Felitti s'est rendu à Atlanta pour présenter les réponses des 286 patients qu'ils avaient interrogés à une réunion de l'Association nord-américaine pour l'étude de l'obésité. Il a été sidéré par la dureté de la réaction de certains experts : pourquoi croyait-il ces malades ? Ne voyait-il pas qu'ils pouvaient inventer n'importe quelle explication à l'échec de leur vie ? Toutefois un épidémiologiste des centres de contrôle et de prévention des maladies l'a poussé à pratiquer une étude bien plus vaste, basée sur la population générale, et l'a invité à rencontrer des chercheurs de son organisme. Ainsi est née l'enquête monumentale sur les expériences négatives de l'enfance (ENE), fruit d'une collaboration entre les CCPM et l'hôpital Kaiser Permanente, et dirigée par les docteurs Vincent Felitti et Robert Anda.

Le service de médecine préventive de l'hôpital Kaiser Permanente recevait chaque année plus de 50 000 patients pour un bilan complet, qui comprenait un questionnaire approfondi. Anda et Felitti

ont passé plus d'un an à mettre au point dix nouvelles questions¹⁶ sur des formes d'expériences négatives de l'enfance, comme les sévices physiques et sexuels, le dysfonctionnement familial (parents drogués, divorcés, en prison ou malades mentaux) et la négligence. Sur quoi, ils ont demandé à 25 000 patients s'ils acceptaient de fournir des informations sur des événements de leur enfance : 17 241 ont accepté. Leurs réponses ont été comparées aux données des dossiers de tous les patients de l'hôpital.

L'étude sur les expériences négatives de l'enfance a révélé que le traumatisme infantile était bien plus fréquent qu'on ne le pensait. Les sujets du panel étaient majoritairement blancs, issus des classes moyennes, quinquagénaires, cultivés et assez aisés pour avoir une bonne assurance – et pourtant, seuls un tiers d'entre eux n'ont pas fait état de mauvaises expériences infantiles.

Une personne sur dix a répondu oui à la question : « Un de vos parents ou un autre adulte de votre foyer vous a-t-il souvent injurié, insulté ou rabaissé ? »

Plus d'un quart des personnes interrogées ont répondu positivement aux questions : « Un de vos parents vous a-t-il souvent ou très souvent a) Poussé, empoigné, giflé ou jeté un objet à la figure ? ; b) Frappé au point de vous blesser ou de vous contusionner ? » En d'autres termes, il est probable qu'un bon quart des Américains aient été fréquemment maltraités dans leur enfance.

Aux questions : « Un adulte ou une personne d'au moins cinq ans votre aîné a) Vous a-t-il fait des attouchements sexuels ? b) A-t-il jamais tenté d'avoir des rapports oraux, anaux ou vaginaux avec vous ? », 28 % des femmes et 16 % des hommes ont répondu par l'affirmative.

Une personne sur huit a répondu positivement aux questions : « Quand vous étiez petit, avez-vous vu parfois, souvent ou très souvent quelqu'un a) Pousser votre mère, l'empoigner, la gifler ou lui jeter un objet à la figure ? b) Lui donner des coups de poing ou de pied, la mordre ou la frapper avec un objet dur¹⁷ ? ».

Un point était attribué à chaque réponse positive. Le score du questionnaire pouvait donc aller de zéro à dix. Par exemple, pour une personne qui avait souvent essuyé des insultes, eu des parents divorcés et une mère alcoolique, le score se montait à trois points. Sur les deux tiers des patients qui avaient rapporté une expérience négative, 87 % atteignaient deux points. Un patient du panel sur six avait un score de quatre ou plus. Bref, Felitti et son équipe avaient trouvé que les expériences négatives étaient liées alors qu'on les étudie séparément la plupart du temps. En général, les enfants n'ont pas un frère détenu sans qu'il y ait d'autres problèmes dans le foyer, ou une mère battue mais, par ailleurs, une famille modèle. La maltraitance n'est jamais un phénomène isolé. Et chaque nouvelle expérience négative vient aggraver les troubles ultérieurs.

Felitti et son équipe ont, de plus, mis en évidence que les effets du traumatisme infantile apparaissent d'abord à l'école. Plus de 50 % des patients qui avaient eu au moins quatre points au questionnaire ont cité des problèmes précoces de comportement ou d'apprentissage, contre 3 % de ceux dont le score était nul. En grandissant, les enfants ne surmontaient pas les effets de leurs premiers chocs. Comme le dit Felitti, « les expériences traumatiques tombent souvent dans l'oubli, masquées par le temps, la honte, le secret et le tabou social » – mais son étude a révélé que leur impact marquait toute la vie adulte. Par exemple, des scores élevés au questionnaire étaient corrélés à un plus grand absentéisme professionnel, à des problèmes financiers et à des revenus plus faibles.

Concernant la souffrance personnelle, les résultats étaient accablants. Plus les points au questionnaire augmentaient, plus le taux de dépression à l'âge adulte explosait. Chez les patients qui avaient un score de quatre ou plus, elle touchait 66 % des femmes et 35 % des hommes, contre 12 % de ceux dont le score était nul. La probabilité d'être sous antidépresseurs ou sous tranquillisants s'élevait aussi proportionnellement. Il se peut, a dit Felitti, que nous traitions aujourd'hui des souffrances infligées il y a cinquante ans – à un prix de plus en plus lourd. Les antidépresseurs et les antalgiques

constituent une grande partie des dépenses de santé exponentielles des Américains¹⁸. (Paradoxalement, la recherche a montré que les dépressifs au passé de maltraitance infantile ont tendance à moins bien réagir aux antidépresseurs que ceux qui ont eu une enfance paisible¹⁹.)

À mesure que les points au questionnaire s'accumulent, la probabilité du nombre des tentatives de suicide monte en flèche : entre un score nul et un score de six, elle s'élève de 5 000 %. Plus les gens se sentent isolés et en danger, plus la mort leur paraît la seule issue. Quand les médias pointent une cause environnementale qui accroît de 30 % le risque d'un cancer, cela fait les gros titres, mais ces chiffres beaucoup plus dramatiques sont passés sous silence.

Dans le cadre du bilan initial, les chercheurs demandaient aux membres du panel : « Vous êtes-vous jamais considéré comme alcoolique ? » Ceux qui avaient quatre points au questionnaire étaient sept fois plus sujets à l'éthylisme que ceux dont le score était nul. Le taux de contamination liée à la drogue augmentait aussi exponentiellement : les patients qui avaient au moins six points au questionnaire étaient 4 600 fois plus portés à contracter le HIV par injection que ceux dont le score était nul.

Les participantes de l'étude ont été interrogées sur le viol à l'âge adulte. Seules 5 % des femmes dont le score était nul avaient été violées, contre 33 % de celles qui avaient quatre points ou plus. Pourquoi les fillettes maltraitées ou négligées sont-elles si exposées au viol quand elles grandissent ? Les réponses ont des conséquences qui dépassent de loin les sévices sexuels. Par exemple, de nombreuses études ont montré que, chez les enfants qui sont témoins de violences entre leurs parents, les filles ont beaucoup plus tendance à finir dans des couples violents et les garçons sept fois plus de chances de frapper leurs futures partenaires²⁰.

Le score élevé au questionnaire laissait présager une longue liste de conduites à haut risque : tabagisme, obésité, grossesses non désirées, maladies sexuellement transmissibles et partenaires sexuels multiples. Enfin, le nombre des graves problèmes de santé était

saisissant : les patients qui avaient six points ou plus au questionnaire étaient, à l'âge adulte, 15 % plus exposés à une des dix causes majeures de décès aux États-Unis, comme la bronchite obstructive chronique, la maladie coronarienne ou une maladie hépatique; ils étaient deux fois plus sujets au cancer et quatre fois plus à l'emphyseme : tous continuaient à payer le tribut d'un stress physique chronique.

QUAND LES PROBLÈMES SONT EN VÉRITÉ DES SOLUTIONS

Douze ans après avoir soigné la femme dont la perte et le gain de poids spectaculaires l'avaient mené à entreprendre sa recherche, Felitti a revu son ancienne patiente. Entre-temps, elle avait subi une intervention de chirurgie bariatrique*, mais, après avoir perdu quarante-trois kilos, elle était devenue suicidaire. Il avait fallu cinq séjours en psychiatrie et trois séries d'électrochocs pour maîtriser ce penchant funeste. Felitti attire l'attention sur le fait que l'obésité, qui passe pour un grave problème de santé, peut être une solution pour bien des gens. Pensez aux conséquences : si on confond une solution qu'un patient a adoptée avec un problème à supprimer, le traitement risque non seulement d'être inefficace – comme souvent dans les cures de désintoxication – mais de créer d'autres problèmes.

Une victime de viol a dit à Felitti : « Les grosses se fondent dans la masse, et c'est ce qu'il me faut²¹. » Le poids peut aussi protéger les hommes. Felitti se souvient de deux gardiens de prison qui avaient rapidement repris les kilos perdus parce qu'avec une cuirasse de graisse, ils se sentaient plus en sécurité face aux détenus. Un autre patient était devenu obèse quand le divorce de ses parents l'avait amené à vivre chez son grand-père, un alcoolique violent. « Je ne mangeais pas par envie ou par faim, a-t-il expliqué. Le poids n'était

* Opération qui consiste à réduire la taille de l'estomac, pour restreindre l'apport alimentaire chez les obèses. (N.D.T.)

qu'une protection. Partout, depuis la crèche, j'avais toujours été battu. Quand j'ai grossi, on m'a laissé tranquille.»

Et l'étude sur les expériences négatives de l'enfance de conclure : « Il est particulièrement difficile de renoncer à une forme d'adaptation [comme fumer, boire, grossir ou se droguer], même si elle est largement considérée comme mauvaise pour la santé. On tient assez peu compte du fait que beaucoup de symptômes nocifs à long terme peuvent être bénéfiques dans l'immédiat. Les patients nous ont souvent parlé des bienfaits de ces "facteurs de risque". L'idée qu'un problème puisse être une solution – même si, on le comprend, elle dérange bien des gens – reflète la coexistence fréquente des forces opposées dans les systèmes biologiques... Bien des fois, le problème apparent est seulement un marqueur du vrai problème qui est enfoui dans le passé, camouflé par la honte, le silence, voire l'amnésie du patient – et souvent, par la gêne du médecin. »

LA MALTRAITANCE INFANTILE : LE PLUS GRAND PROBLÈME DE SANTÉ PUBLIQUE AUX ÉTATS-UNIS

Le jour où Robert Anda a présenté les résultats de l'étude sur les ENE, il n'a pu retenir ses larmes. Pendant toute sa carrière aux centres de contrôle et de prévention des maladies, il avait travaillé sur des facteurs de risque majeurs, dont le tabac et les problèmes cardio-vasculaires. Mais quand les données de cette étude ont commencé à apparaître sur son ordinateur, il a pris conscience que son équipe était tombée sur le plus grave problème de santé publique aux États-Unis : la maltraitance infantile. Il a calculé que son coût total dépassait celui du cancer ou des maladies cardiaques, et que l'éradiquer diviserait par deux le taux global de dépression, par trois celui de l'alcoolisme et par quatre la proportion de suicides, de sida lié à la drogue et de violence conjugale²². Cela aurait aussi un effet spectaculaire sur la performance au travail et réduirait beaucoup les besoins d'incarcération.

Quand le rapport du ministre de la Santé sur les méfaits du tabac est paru en 1964, il a déclenché une longue campagne qui a changé la vie et les perspectives de santé de millions de personnes. Le nombre des fumeurs est passé de 42 % en 1965 à 19 % en 2010, et on estime qu'entre 1975 et 2000, 800 000 décès par cancer du poumon ont pu être évités²³.

L'étude sur les expériences négatives de l'enfance n'a pas eu cet impact. Des recherches complémentaires continuent à paraître dans le monde entier, mais la réalité quotidienne des enfants maltraités aux États-Unis n'a presque pas changé. À ceci près qu'ils se voient désormais administrer de fortes doses de psychotropes, ce qui les rend plus malléables mais nuit aussi à leur aptitude au plaisir, à la curiosité, à se développer émotionnellement et intellectuellement, et à devenir des membres à part entière de la société.

LE TRAUMATISME DÉVELOPPEMENTAL : L'ÉPIDÉMIE CACHÉE

« L'idée que les premières expériences négatives de l'enfance créent de graves troubles du développement est plus une intuition clinique qu'un fait basé sur la recherche. À notre connaissance, rien ne prouve qu'aucune forme de syndrome traumatique ait précédé ou causé des troubles du développement. »

Extrait du refus par l'Association américaine de psychiatrie d'intégrer le diagnostic de traumatisme développemental, mai 2011

« La recherche sur les effets des sévices infantiles raconte une autre histoire : les mauvais traitements ont un impact négatif durable sur le développement cérébral. Notre cerveau est sculpté par nos premières expériences, et la maltraitance le burine pour qu'il encaisse les coups, mais au prix de blessures profondes. La maltraitance infantile n'est pas une chose qu'on "surmonte". C'est un mal que nous devons reconnaître et affronter si nous voulons lutter contre le cycle de violence incontrôlé dans ce pays. »

Docteur Martin Teicher, *Scientific American*

Il existe des centaines de milliers d'enfants pareils à ceux que je vais décrire, et leur traitement absorbe des sommes énormes, souvent sans amélioration notable. Ils finissent par remplir les hôpitaux, les

listes des « assistés » sociaux et les prisons. Pour la plupart des gens, ils ne sont que des statistiques. Des dizaines de milliers d'enseignants, d'éducateurs judiciaires, de travailleurs sociaux, de juges et de professionnels de la santé mentale passent leurs journées à tenter de les aider, et le contribuable paie la note.

Anthony n'avait que deux ans et demi lorsqu'une crèche l'a adressé au Trauma Center, car le personnel n'arrivait pas à enrayer sa violence constante et sa tendance irrépressible à se balancer, à se cogner la tête et à pleurer. Il ne se sentait en sécurité avec personne et passait de l'abattement à la provocation. Quand nous l'avons rencontré, il se cramponnait à sa mère en cachant son visage, pendant qu'elle répétait : « Ne sois pas si bébé. » Un claquement de porte l'a fait sursauter, et il s'est serré encore plus contre elle. Comme elle le repoussait, il est allé s'asseoir dans un coin, puis il a commencé à se cogner la tête. « Il fait ça juste pour m'embêter », a-t-elle maugréé. Quand nous l'avons interrogée sur son propre passé, elle nous a dit avoir été abandonnée par ses parents et élevée par divers membres de sa famille, qui l'avaient frappée, méprisée, avant d'abuser d'elle quand elle avait treize ans. Elle était tombée enceinte en couchant avec un garçon ivre, qui l'avait quittée en apprenant sa grossesse. Anthony était exactement comme son père, disait-elle : un bon à rien. Elle avait eu des querelles violentes avec ses compagnons ultérieurs, mais trop tard dans la nuit, pensait-elle, pour que son fils ait pu les entendre.

Si Anthony avait été admis à l'hôpital, on lui aurait sans doute diagnostiqué une série de troubles psychiatriques : dépression, trouble d'opposition avec provocation, anxiété, trouble de l'attachement réactif (TAR), TDAH et SSPT. Mais aucun de ces diagnostics n'aurait révélé ce qui n'allait pas chez lui : qu'il était mort de peur, se battait pour survivre et ne croyait pas que sa mère pouvait l'aider.

Et puis, il y a Maria, quinze ans, un des très nombreux enfants (1 500 000) qui grandissent dans des centres thérapeutiques et des familles d'accueil aux États-Unis. Maria est d'origine sud-américaine, agressive et obèse. Elle a subi des sévices sexuels, physiques et émotionnels, et été placée vingt fois depuis l'âge de huit

ans. D'après la pile de dossiers qui l'accompagnait à son arrivée au Trauma Center, Maria est mutique, vindicative, impulsive, auto-destructrice, sujette à des conduites à risque, à des sautes d'humeur extrêmes et à des colères explosives. Elle se décrit elle-même comme « ne valant rien, bonne pour la poubelle, à rejeter ».

À la suite de multiples tentatives de suicide, elle a atterri dans un de nos centres thérapeutiques. Au début, elle était renfermée et muette, et se montrait violente quand on l'approchait trop. Après divers traitements inefficaces, elle a été inscrite dans un centre équestre, où elle devait panser un cheval tous les jours et apprendre de simples techniques de dressage. Je lui ai parlé deux ans plus tard, à la fin de ses études secondaires. Elle venait d'être admise à l'université. Quand je lui ai demandé ce qui l'avait le plus aidée, elle m'a répondu : « Le cheval dont je me suis occupée. » Elle m'a dit qu'avec lui, elle s'était sentie pour la première fois en sécurité : il était là tous les jours, l'attendait patiemment, et semblait content de la voir. Elle s'était mise à éprouver un lien viscéral avec un autre être et à lui parler comme à un ami. Peu à peu, elle avait commencé à bavarder avec les autres enfants du centre et, finalement, à s'ouvrir à son thérapeute.

Virginia est une fille de treize ans qui a été enlevée à sa mère toxicomane, puis adoptée par une femme qui a succombé à une maladie peu après. Sur quoi, elle est passée de famille d'accueil en famille d'accueil, avant d'être adoptée à nouveau. Virginia a une attitude séductrice avec tous les hommes et affirme avoir été violée et molestée par plusieurs baby-sitters et parents temporaires. Elle est arrivée dans notre centre thérapeutique après treize hospitalisations d'urgence pour tentative de suicide. Aux yeux du personnel, elle est isolée, maniaque du contrôle, explosive, intrusive, vindicative et narcissique. Elle-même se juge dégoûtante, disant qu'elle préférerait être morte. Son dossier médical égrène une ribambelle de troubles : bipolaire, sautes d'humeur, trouble de l'attachement réactif et du déficit de l'attention (TDA), et usage de substances. Mais qui est réellement Virginia ? Comment pouvons-nous l'aider à vivre¹ ?

On ne peut espérer résoudre les problèmes de ces enfants que si on définit bien leur souffrance, si on ne se borne pas à créer de nouveaux médicaments pour les contrôler ni à chercher « le » gène responsable de leur « maladie ». Le défi consiste à trouver des moyens de les aider à mener une vie productive – et à épargner, ce faisant, des millions de dollars aux contribuables. Pour cela, il faut commencer par regarder la vérité en face.

UNE QUESTION DE MAUVAIS GÈNES ?

Face à des problèmes aussi envahissants et à des parents aussi perturbés, on serait tenté d'attribuer leur état simplement à de mauvais gènes. L'évolution des techniques donne toujours de nouvelles orientations à la recherche et, dès que les tests ADN ont été mis au point, la psychiatrie s'est efforcée de trouver les causes génétiques de la maladie mentale. Cela semblait particulièrement pertinent pour la schizophrénie qui est une affection grave assez courante (touchant 1 % de la population), une forme peu compréhensible de maladie mentale et qui semble être clairement familiale. Pourtant, après trente ans de recherches très coûteuses, on n'a trouvé aucune empreinte génétique probante de la schizophrénie – ni, d'ailleurs, d'autres maladies psychiatriques². Certains de mes collègues ont aussi beaucoup œuvré pour découvrir des facteurs génétiques prédisposant au stress traumatique³. Leurs travaux se poursuivent mais, jusqu'à présent, ils n'ont pas donné de résultats tangibles⁴.

Une recherche récente a balayé l'idée simpliste qu'« avoir » un certain gène crée un certain effet, en montrant que de nombreux gènes s'associent pour produire un seul résultat. Plus encore, les gènes ne sont pas fixes : des événements de la vie peuvent déclencher des signaux biochimiques qui activent ou inhibent leur expression via la « méthylation », un phénomène qui consiste à attacher des groupes d'atomes de carbone et d'hydrogène à leur partie externe, ce qui les rend plus ou moins sensibles aux messages du corps. Mais si les événements de la vie peuvent changer le comportement du gène, ils

n'altèrent pas sa structure fondamentale. Les profils de méthylation peuvent toutefois être transmis à un enfant par un processus dit épigénétique. Encore une fois, les coups s'inscrivent dans le corps, aux niveaux les plus profonds de l'organisme.

Parmi les expériences d'épigénétique, une des plus connues a été réalisée par Michael Meaney, un chercheur montréalais qui étudie les rats et leurs mères⁵. Meaney a découvert que la fréquence avec laquelle une rate lèche et toilette ses petits dans les douze premières heures de leur vie modifie à jamais leurs substances cérébrales qui répondent au stress – et la configuration d'un millier de gènes. Confrontés au danger, les rats amplement léchés par leur mère sont plus courageux et sécrètent de plus faibles taux d'hormones du stress que les jeunes rats aux mères moins attentionnées. Ils se remettent aussi plus vite – et garderont toujours cette égalité d'humeur. Ils développent des connexions plus fortes dans l'hippocampe, un centre clé de l'apprentissage et de la mémoire, et maîtrisent mieux une faculté vitale pour un rongeur : trouver son chemin dans un labyrinthe.

Nous commençons juste à comprendre que le stress affecte également l'expression des gènes chez les humains. On a ainsi observé plus de changements épigénétiques chez des enfants dont les mères, lorsqu'elles étaient enceintes, avaient été coincées longtemps dans des maisons sans chauffage pendant une longue tempête de pluie verglaçante au Québec que chez ceux dont les mères avaient été réchauffées le jour même⁶. Un autre chercheur de Montréal, Moshe Szyf, a comparé les profils épigénétiques d'enfants britanniques nés aux deux extrémités de l'échelle sociale, et mesuré les effets de la maltraitance dans les deux groupes. Les disparités de classe étaient associées à des profils épigénétiques nettement différents, mais les enfants maltraités des deux groupes présentaient les mêmes modifications dans soixante-treize gènes. Comme l'a dit Szyf, « des changements corporels majeurs peuvent être créés non seulement par des substances chimiques et des toxines, mais par la manière dont le monde social parle au monde programmé^{7,8} ».

COMMENT L'ÉTUDE DES SINGES ÉCLAIRCIT DE VIEILLES QUESTIONS SUR L'INNÉ ET L'ACQUIS

Une des explications les plus claires de l'incidence de l'environnement et des soins maternels sur l'expression des gènes nous a été donnée par Stephen Suomi, le chef du laboratoire d'éthologie comparative des instituts de santé aux États-Unis⁹. Pendant plus de quarante ans, il a étudié la transmission de la personnalité sur des générations de singes rhésus, qui partagent 95% de gènes avec les humains (un taux seulement dépassé par les chimpanzés et les bonobos). Comme les hommes, les singes rhésus vivent dans de larges groupes sociaux où règnent des rapports hiérarchiques et des alliances complexes, et seuls ceux qui sont capables d'adapter leur comportement aux exigences de la bande survivent et prospèrent.

Les singes rhésus sont aussi pareils aux hommes par leurs modes d'attachement : leurs petits ont besoin d'un contact physique intime avec leur mère. Comme Bowlby l'a observé chez les humains, ils se développent en explorant leur environnement, et courent rejoindre leur mère dès qu'ils se sentent effrayés ou perdus. Quand ils deviennent plus indépendants, leur principal mode d'apprentissage consiste à jouer avec leurs semblables.

Suomi a identifié deux sortes de personnalités qui ont constamment des problèmes : les singes anxieux et tendus, qui deviennent renfermés et dépressifs même dans les circonstances où d'autres explorent et jouent ; et les singes hyperagressifs, à la conduite si perturbatrice qu'ils sont souvent rossés, boycottés ou tués. Les singes des deux types sont biologiquement différents de leurs congénères. On peut détecter des anomalies dans leurs degrés d'excitation, dans leurs taux d'hormones du stress et leur métabolisme de neurotransmetteurs comme la sérotonine dans les premières semaines de leur vie, et ni leur biologie ni leur comportement ne tend à changer quand ils grandissent. Suomi a découvert une large gamme de

comportements dictés par la génétique. Par exemple, à partir de quatre ans, les singes anxieux (classés comme tels d'après leur attitude et leur fort taux de cortisol à l'âge de six mois) consomment plus d'alcool que les autres dans des situations expérimentales. Les singes génétiquement agressifs le font aussi, mais au point de perdre connaissance, alors que les singes stressés ont l'air de boire pour se calmer.

Et pourtant, l'entourage joue aussi un rôle important dans le comportement et la biologie. Les femelles inquiètes et tendues ont du mal à jouer avec les autres, donc sont souvent peu soutenues quand elles accouchent et risquent fort de négliger ou de maltraiter leur premier-né. Mais lorsqu'elles font partie d'un groupe social stable, elles deviennent en général des mères zélées qui surveillent attentivement leur progéniture. Sous certaines conditions, leur anxiété leur permet d'offrir à leurs bébés une précieuse protection. En revanche, les mères agressives n'offrent aucun avantage social : très punitives avec leurs petits, elles les criblent de coups et de morsures. S'ils survivent, elles les empêchent d'ordinaire de nouer des liens avec leurs semblables.

Dans la vie, il est impossible de dire si un comportement anxieux ou agressif est dû aux gènes des parents ou à une maltraitance maternelle – ou aux deux. Mais quand on étudie des singes en laboratoire, on peut enlever à leur mère des bébés aux gènes vulnérables pour les confier à des femelles protectrices ou les élever en groupe avec d'autres petits. Les singes soustraits à leur mère à la naissance et qui ne grandissent qu'avec leurs semblables s'attachent énormément à eux. Ils s'accrochent farouchement les uns aux autres et ne s'éloignent pas assez pour se livrer à des explorations et des jeux salutaires. Leur activité ludique est sommaire et moins inventive que celle des singes normaux. Ils deviennent anxieux avec l'âge, effrayés par la nouveauté et peu curieux. Quelle que soit leur prédisposition génétique, ils surréagissent à des stress mineurs : leur taux de cortisol augmente beaucoup plus face aux bruits forts que celui des singes élevés par leur mère. Leur métabolisme de la sérotonine

est encore plus anormal que celui des singes génétiquement prédisposés à l'agressivité, mais non soustraits à leur mère. Nous pouvons en conclure que les premières expériences ont, en tout cas chez les singes, au moins autant d'impact sur la biologie que l'hérédité.

Les singes partagent aussi avec les humains les deux mêmes variantes du gène transporteur de la sérotonine, dites allèles long et court. Chez l'homme, l'allèle court a été associé à l'impulsivité, à l'agressivité, à la recherche des sensations, aux tentatives de suicide et à la dépression grave. Suomi a montré que, chez les singes, l'environnement influe sur la manière dont ces gènes affectent le comportement. Les singes à allèle court, élevés par une bonne mère, se conduisent normalement et n'ont pas de déficit dans leur métabolisme de la sérotonine. Mais, élevés avec des singes de leur âge, ils deviennent des risque-tout agressifs¹⁰. De même, le chercheur néo-zélandais Alec Roy a trouvé que les humains à allèle court sont plus dépressifs que ceux à allèle long, mais seulement s'ils ont été maltraités et négligés dans leur enfance. La conclusion est claire : les enfants qui ont la chance d'avoir un parent prévenant ne développent pas ce problème lié à la génétique¹¹.

Les travaux de Suomi confirment ce que nous ont appris les chercheurs en attachement humain et nos propres recherches cliniques : la sécurité et la protection sont cruciales, dans les premières relations de la vie, pour épargner aux enfants les problèmes à long terme. Pour peu qu'ils soient bien soutenus, même si les parents ont des vulnérabilités génétiques, ils peuvent transmettre cette protection à la génération suivante.

LE RÉSEAU NATIONAL SUR LE STRESS TRAUMATIQUE CHEZ L'ENFANT

Pour presque toutes les affections physiques, du cancer à la rétinite pigmentaire, il existe un lobby qui favorise leur étude et leur traitement. Mais jusqu'en 2001, l'année où le Congrès américain a voté la création du Réseau national sur le stress traumatique chez

l'enfant, il n'existait pas d'organisme chapeautant la recherche sur les enfants traumatisés.

En 1998, j'ai reçu un appel de la Fondation Nathan Cummings*, qui se disait intéressée par l'étude des effets du traumatisme sur l'apprentissage. J'ai expliqué à mon interlocuteur que, malgré d'excellents travaux sur le sujet¹², nous n'avions pas de forum pour diffuser les découvertes déjà réalisées. Le développement mental, biologique ou moral des enfants traumatisés n'était pas systématiquement enseigné aux étudiants en psychologie ni aux pédiatres.

La Fondation a convenu qu'il fallait s'attaquer à ce problème. Unissant nos efforts, nous avons donc mis sur pied un groupe de réflexion qui comptait des représentants des départements de la Justice, de la Santé et des Services sociaux, le conseiller santé du sénateur Ted Kennedy et plusieurs de mes collègues spécialisés dans le traumatisme de l'enfance. Nous savions tous, en substance, comment le traumatisme affecte l'esprit et le cerveau en développement, et que sa forme infantile est radicalement différente du stress traumatique chez les adultes entièrement formés. Nous en avons conclu que, pour mieux le faire connaître, il fallait créer un organisme national qui soutienne la recherche dans ce domaine ainsi que la formation des médecins, des enseignants, des juges, des pasteurs, des familles d'accueil, des éducateurs de la protection judiciaire, des infirmiers et des professionnels de la santé mentale – bref, de tous ceux qui avaient affaire aux enfants maltraités et traumatisés.

Un membre de notre groupe, Bill Harris, qui connaissait bien la législation de l'enfance, a commencé à travailler avec l'équipe du sénateur Kennedy pour donner une forme légale à nos idées. La loi de création du Réseau national sur le stress traumatique chez l'enfant a été votée en 2001 par le Sénat, grâce à un soutien bipartite écrasant. Depuis, le Réseau national sur le stress traumatique

* Créée par un Canadien ayant fait fortune aux États-Unis, cette fondation vise à bâtir une société plus juste, plus durable et plus démocratique en cherchant des solutions à l'inégalité croissante et à la crise climatique. (N.D.T.)

chez l'enfant (RNSTE) est passé d'un tissu collaboratif de 17 centres à plus de 150 dans tous les États de l'Union. Dirigé par des pôles de coordination situés à l'UCLA* et à l'université Duke, il comprend des écoles supérieures, des hôpitaux, des agences tribales, des centres de désintoxication et des cliniques psychiatriques. Chacune de ces structures collabore, au niveau local, avec des établissements scolaires, des organismes de protection sociale, des lieux d'accueil pour sans-abri, des programmes de réinsertion de jeunes délinquants et des foyers pour femmes battues – soit, en tout, 8 300 partenaires affiliés.

Une fois le RNSTE mis en place, nous avons pu définir plus clairement le profil des enfants traumatisés partout dans le pays. Le docteur Joseph Spinazzola, du Trauma Center, a lancé une étude fondée sur les dossiers de près de 2 000 enfants et adolescents de toutes les agences du réseau¹³. Cette étude n'a pas tardé à confirmer ce que nous pressentions : ces jeunes venaient, en grande majorité, de familles très dysfonctionnelles. Plus de la moitié avaient souffert d'une maltraitance émotionnelle et/ou avaient un parent trop perturbé pour les élever. Près de 50% avaient été provisoirement privés de leurs parents – partis en centre thérapeutique, en prison ou au service militaire – et confiés à des étrangers, des parents lointains ou des familles d'accueil. Environ la moitié avaient assisté à des violences conjugales et un quart avaient subi des sévices sexuels et/ou physiques. En d'autres termes, ce panel de mineurs reflétait celui des adultes de l'hôpital Kaiser Permanente qui avaient eu des scores élevés au questionnaire sur les expériences négatives de l'enfance.

LE POUVOIR DU DIAGNOSTIC

Dans les années 1970, il n'existait pas de classification des multiples symptômes dont souffraient les centaines de milliers de soldats qui rentraient du Vietnam. Comme nous l'avons vu au début

* L'université de Californie à Los Angeles. (N.D.T.)

de ce livre, cela obligeait les médecins à improviser leur traitement et les empêchait d'étudier méthodiquement les approches qui marchaient vraiment. L'adoption du diagnostic de SSPT par le *DSM-III*, en 1980, a permis de réaliser des études scientifiques approfondies et de mettre au point des traitements efficaces qui se sont révélés adaptés non seulement aux anciens combattants, mais aussi aux victimes d'une série d'événements traumatiques, comme les agressions, les viols et les accidents de la route¹⁴. Je ne citerai que deux exemples pour montrer tout le poids d'un diagnostic précis : entre 2007 et 2010, le département de la Défense a dépensé 2,7 milliards de dollars pour le traitement et la recherche sur le SSPT chez les vétérans ; et, dans la seule année 2009, le département des Anciens Combattants a consacré 24,5 millions de dollars à la recherche hospitalière sur le SSPT.

La définition donnée par le *DSM* au syndrome de stress post-traumatique est assez simple : c'est l'état d'une personne qui a été exposée à un événement terrible – « mort, menace de mort, blessure grave, menace à son intégrité physique ou à celle des autres » – causant « une peur intense, l'horreur ou l'impuissance », qui se traduit par diverses manifestations : reviviscence intrusive du traumatisme (flash-back, mauvais rêves, impression que l'événement se reproduit), évitement persistant et paralysant (de personnes, de lieux, de pensées ou de sentiments associés au traumatisme, parfois avec amnésie partielle de celui-ci) et excitation accrue (insomnie, hypervigilance ou irritabilité). Cette description laisse supposer un scénario clair : une personne est soudain anéantie par un événement atroce et, désormais, n'est plus jamais la même. Le traumatisme est peut-être passé, mais il continue d'être rejoué dans ses souvenirs et son système nerveux réorganisé.

En quoi cette définition concernait-elle les enfants que nous voyions ? Après un seul incident traumatique – morsure de chien, fusillade à l'école, accident –, des enfants peuvent développer les mêmes symptômes de base que les adultes, même s'ils vivent dans des foyers protecteurs et sécurisants. L'existence du diagnostic de

SSPT nous permet aujourd'hui de traiter ces problèmes assez efficacement.

Dans le cas des enfants perturbés, maltraités et négligés, qui viennent dans les cliniques, les hôpitaux ou les postes de police, les causes de leur comportement sont moins évidentes, notamment parce qu'ils disent rarement – même quand on le leur demande – qu'ils ont été frappés ou abandonnés. 82 % des mineurs traumatisés que le RNSTE examine ne correspondent pas aux critères du diagnostic du SSPT¹⁵. Comme ils sont souvent fermés, agressifs ou méfiants, ils arrivent avec des étiquettes pseudo-scientifiques du style : « trouble oppositionnel avec provocation » (traduction : « Ce gosse me déteste et me résistera d'emblée ») ou « trouble disruptif avec "dysrégulation" émotionnelle » – en d'autres termes, il s'emporte facilement. Du fait de leurs nombreux problèmes, ils finissent par accumuler les diagnostics. Avant l'âge de vingt ans, beaucoup ont reçu quatre, cinq, six – voire plus – étiquettes de ce genre, impressionnantes mais vides de sens. Si toutefois ils bénéficient d'un traitement, ils ont droit à la méthode du jour : médicaments, thérapie comportementale, thérapie par exposition*. Ces traitements marchent assez peu et créent souvent des complications.

Face à l'augmentation croissante du nombre d'enfants soignés par le RNSTE, il est devenu impératif d'avoir un diagnostic qui reflète la réalité de leur expérience. Pour ce faire, nous avons consulté les dossiers de 20 000 patients et réuni tous les articles de recherche que nous avons trouvés. Parmi ces derniers, nous avons retenu 130 études particulièrement ciblées, portant sur 100 000 sujets du monde entier. Puis un groupe de travail, formé de douze médecins chercheurs spécialisés dans le traumatisme de l'enfance¹⁶, s'est réuni tous les six mois pendant quatre ans pour rédiger un diagnostic

* Thérapie comportementale qui consiste à confronter progressivement et de manière répétée le patient à des stimuli qui déclenchent habituellement chez lui des réponses comportementales ou émotionnelles inadaptées. (N.D.E.)

approprié, que nous avons décidé d'appeler le « trouble de traumatisme développemental¹⁷ ».

En analysant nos données, nous avons découvert un profil régulier : 1) Tendances globales à la dérégulation émotionnelle (instabilité) ; 2) Problèmes d'attention et de concentration ; 3) Difficultés à s'entendre avec les autres et avec soi-même. Ces enfants étaient extrêmement versatiles, passant très vite de la colère et de la panique au détachement, à la dissociation et à l'athymie*. Quand ils étaient perturbés (soit la plupart du temps), ils ne pouvaient ni se calmer ni décrire ce qu'ils ressentaient.

Avoir un système biologique qui produit sans cesse des hormones du stress face à des menaces, réelles ou imaginaires, est la cause de problèmes physiques : troubles du sommeil, maux de tête, hypersensibilité au son ou au toucher. Être fortement agité ou très renfermé empêche ces enfants de se concentrer. Pour apaiser leur tension, ils se balancent, se masturbent ou se font souffrir (en se mordant, en se coupant, en se frappant ou en se brûlant). Ils ont aussi des difficultés de coordination motrice et de traitement du langage. Comme ils dépensent toute leur énergie à se contrôler, ils ont souvent du mal à prêter attention à des activités sans rapport direct avec la survie – tels les devoirs scolaires – et leur hyperexcitation les rend facilement distraits.

Avoir été souvent ignorés ou abandonnés les pousse à s'accrocher aux autres, même à leurs bourreaux. Comme ils ont été battus, violés et, de manière générale, maltraités, ils ne peuvent s'empêcher de se considérer comme nuls et déficients. Leur haine de soi, leur sentiment de nullité et d'insuffisance, est sincère. Faut-il s'étonner qu'ils ne fassent confiance à personne ? Enfin, comme ils se sentent foncièrement méprisables et surréagissent aux moindres frustrations, ils ont du mal à se faire des amis.

* L'athymie est un trouble de l'humeur caractérisé par un état d'indifférence affective. (N.D.E.)

Au terme de cette recherche, nous avons publié les premiers articles sur nos résultats, mis au point une échelle d'appréciation validée¹⁸ et réuni des données sur 350 enfants et leurs parents (ou leur famille d'accueil) afin d'établir que le trouble du traumatisme développemental couvrait toute la gamme de leurs problèmes. Cette appellation devait nous permettre de leur donner un seul diagnostic – et non plus de multiples étiquettes – et de bien situer l'origine de leurs troubles dans le traumatisme conjugué avec une altération de l'attachement.

En février 2009, nous avons soumis notre nouveau diagnostic à l'Association américaine de psychiatrie (APA), assorti de cette lettre d'accompagnement :

« Les enfants qui se développent en étant sans cesse en danger, maltraités et sujets à de graves carences dans les soins familiaux, souffrent en outre des modes de diagnostic actuels, qui insistent sur le contrôle du comportement sans tenir compte de l'état de traumatisme personnel. Des études sur les séquelles du traumatisme infantile lié à la maltraitance ou à la négligence parentale mettent en évidence de sévères problèmes chroniques dans la régulation des émotions, le contrôle des impulsions, l'attention, la cognition, les schémas relationnels et l'image du moi. Aujourd'hui, faute d'un diagnostic spécifique au traumatisme, ces enfants se voient diagnostiquer en moyenne 3 à 8 troubles comorbides. Persister à leur attribuer des diagnostics multiples a de graves conséquences : cela défie toute rationalité budgétaire, nuit à la clarté étiologique et risque de cantonner toute thérapie ou intervention à un aspect partiel de leur psychopathologie, au lieu de promouvoir une approche globale du traitement. »

Peu après avoir soumis cette proposition, j'ai donné une conférence au Congrès national des commissaires à la santé mentale, dont les participants ont offert de soutenir notre initiative en écrivant une lettre à l'APA. Leur courrier rappelait en préambule que

l'Association des directeurs de programmes de santé mentale prenait en charge 6,1 millions de personnes par an, avec un budget de 29,5 milliards de dollars, et s'achevait ainsi : « Nous [vous] conseillons vivement d'ajouter le traumatisme développemental à [votre] liste de priorités, pour mieux définir son processus et ses séquelles cliniques et souligner le grand besoin de prendre en compte ce trouble dans l'évaluation des patients. »

J'étais sûr qu'à la lecture d'un tel courrier, l'Association américaine de psychiatrie considérerait sérieusement notre proposition. Mais quelques mois plus tard, Matthew Friedland, le président du sous-comité du *DSM* concerné, nous a informés que le trouble de traumatisme développemental avait peu de chances d'être inclus dans le *DSM-V*. Le consensus, disait-il, était qu'aucun nouveau diagnostic n'était nécessaire pour remplir une « niche diagnostique manquante ». Un million d'enfants maltraités et négligés chaque année aux États-Unis formaient une « niche diagnostique » ?

« L'idée que les premières expériences négatives de l'enfance créent de graves troubles du développement est plus une intuition clinique qu'un fait fondé sur la recherche, poursuivait-il. Cette déclaration est souvent avancée, mais ne peut être confirmée par des études prospectives. » Pourtant, nous avons inclus plusieurs études prospectives dans notre proposition. Penchons-nous simplement sur deux d'entre elles.

COMMENT LES RELATIONS FAÇONNENT LE DÉVELOPPEMENT

À partir de 1975, Alan Sroufe et ses collègues ont suivi 180 enfants et leurs familles dans le cadre de l'Étude longitudinale du Minnesota sur le risque et l'adaptation¹⁹. À cette époque, un grand débat régnait sur la part de l'inné et de l'acquis, du caractère et de l'environnement dans le développement humain – des questions auxquelles cette étude s'est attachée à répondre. On ne parlait pas encore beaucoup du traumatisme, et la maltraitance et la négligence infantiles

n'étaient pas le thème central de leur travail – du moins au début, jusqu'à ce qu'elles apparaissent comme les principaux indicateurs du fonctionnement à l'âge adulte.

Aidés par les services sociaux, les chercheurs ont réuni des mères d'enfant unique, assez pauvres pour avoir droit à des aides publiques, mais de milieux divers et bénéficiant de différents types de soutien parental. L'étude, qui a commencé trois mois avant leur naissance, a suivi ces enfants pendant trente ans en évaluant et en mesurant, quand c'était pertinent, tous les aspects majeurs de leur fonctionnement et les circonstances importantes de leur vie. Elle a porté sur trois questions fondamentales : comment les enfants apprennent-ils à concentrer leur attention tout en régulant leur excitation (c'est-à-dire en évitant l'agitation et l'apathie) et à maîtriser leurs impulsions ? De quel genre d'aide ont-ils besoin, et quand ?

Après des interviews approfondies et des tests des futurs parents, l'étude démarrait vraiment à la pouponnière, où les chercheurs observaient les nouveau-nés et interrogeaient les infirmières qui les soignaient. Ils leur faisaient ensuite des visites à domicile sept et dix jours après leur naissance. Avant d'entrer à l'école primaire, ces enfants étaient soigneusement évalués une quinzaine de fois avec leurs parents. Puis ils étaient régulièrement interviewés et testés jusqu'à l'âge de vingt-huit ans, avec la participation de leur mère et de leurs enseignants.

Sroufe et ses collègues ont mis en évidence un lien étroit entre les facteurs biologiques et la qualité des soins parentaux. Il est fascinant de voir que les résultats qu'ils ont obtenus rappellent – mais de façon bien plus complexe – ce que Suomi avait découvert chez les primates. Rien n'était gravé dans le marbre. Ni la personnalité de la mère, ni les anomalies neurologiques du nourrisson à la naissance, ni son QI, ni son tempérament – notamment son niveau d'activité et sa réactivité au stress – ne laissaient prévoir si un enfant développerait de graves problèmes de comportement à l'adolescence²⁰. La question clé était plutôt la nature de la relation parent-enfant, les sentiments des parents pour leur enfant et leur mode d'interaction

avec lui. Comme chez les singes de Suomi, des nourrissons vulnérables élevés par des mères inflexibles devenaient des enfants anxieux et dépendants. Une attitude parentale insensible, agressive et intrusive envers des bébés de six mois laissait présager des problèmes d'attention et d'hyperactivité à la maternelle et au-delà²¹.

En explorant de nombreuses facettes du développement, notamment les relations avec le père, la mère, les enseignants et d'autres enfants, Sroufe et ses collègues ont constaté que les parents aidaient leurs bébés non seulement à maintenir leur excitation dans des limites raisonnables, mais aussi à développer leur capacité à la réguler. Les enfants régulièrement poussés à bout, surexcités et déroutés n'acquerraient pas une bonne attention aux systèmes inhibiteurs et excitateurs de leur cerveau, et grandissaient en s'attendant à perdre leur sang-froid au moindre incident bouleversant. Tout cela les rendait vulnérables et, à la fin de l'adolescence, la moitié d'entre eux avaient des problèmes de santé mentale. Les chercheurs ont relevé des tendances claires : les bébés qui jouissaient de soins constants devenaient des enfants bien régulés, et ceux qui recevaient des soins erratiques développaient un état d'excitation physiologique durable. Les enfants de parents imprévisibles attiraient souvent l'attention et étaient extrêmement frustrés à la moindre difficulté. Leur excitation persistante les rendait chroniquement anxieux. De plus, à force de chercher sans cesse un réconfort, ils n'étaient pas joueurs ni exploreurs, de sorte qu'en grandissant, ils n'étaient guère aventureux et se montraient toujours nerveux. La négligence ou les brimades parentales précoces, prémices de problèmes de comportement scolaire, étaient annonciatrices de conflits avec les autres élèves et d'un manque d'empathie pour la souffrance d'autrui²². Cela créait un cercle vicieux : l'excitation chronique, couplée avec l'absence d'apaisement parental, rendait ces enfants agressifs et rebelles – et, comme les enfants perturbateurs sont impopulaires, ils sont encore plus rejetés et punis, non seulement par leurs parents, mais également par leurs camarades et leurs enseignants²³.

Au cours de cette étude, Sroufe a aussi beaucoup appris sur la résilience, la capacité à surmonter l'adversité. Chez les enfants qu'il a suivis, le plus grand indicateur des réactions aux déceptions inévitables de l'existence était le niveau de sécurité établi avec le plus proche parent dans les deux premières années de la vie. Sroufe m'a dit lors d'une conversation à bâtons rompus qu'il pensait que la résilience à l'âge adulte dépendait du degré d'attachement de la mère pour son enfant à l'âge de deux ans²⁴.

LES EFFETS À LONG TERME DE L'INCESTE

En 1986, Frank Putnam et Penelope Trickett, une chercheuse de l'Institut américain de santé mentale, ont lancé la première étude longitudinale sur l'impact des abus sexuels sur le développement des femmes²⁵. Avant la parution de ses résultats, notre connaissance des effets de l'inceste n'était fondée que sur des révélations d'enfants et des récits d'adultes qui se rappelaient, bien des années plus tard, en quoi ces sévices les avaient affectés. Aucune étude n'avait jamais suivi de filles pendant leur croissance, pour voir comment les abus sexuels pouvaient influencer sur leurs résultats scolaires, leurs rapports avec leurs camarades, leur image d'elles-mêmes et leur vie amoureuse. Putnam et Trickett se sont aussi penchés sur l'évolution des hormones reproductrices, des hormones du stress, de la fonction immunitaire et d'autres mesures physiologiques des sujets au fil du temps. Ils ont également exploré des facteurs de protection potentiels, comme l'intelligence et le soutien de la famille et des amis.

Les chercheurs ont recruté 84 filles, adressées par les services sociaux, qui avaient été reconnues victimes d'inceste. Parallèlement, ils ont réuni un groupe témoin de 82 filles au statut socio-économique, à l'âge et à la structure familiale similaires. Au début de l'étude, toutes les filles avaient en moyenne onze ans. Pendant les vingt années suivantes, les deux groupes ont été minutieusement évalués à six reprises, une fois par an les trois premières années, puis à l'âge de dix-huit, dix-neuf et vingt-cinq ans. Les mères ont

contribué aux premières évaluations, et les jeunes filles seules aux dernières. Chose remarquable, 96 % des filles ont participé à l'étude jusqu'au bout.

Les résultats étaient clairs : comparées aux filles du groupe témoin, celles qui avaient été victimes d'inceste souffraient d'une vaste gamme d'effets profondément négatifs – déficits cognitifs, symptômes dissociatifs, développement sexuel perturbé, taux élevé d'obésité, automutilation et dépression. Elles étaient plus nombreuses à avoir abandonné le lycée et avaient davantage souffert de maladies graves. Elles présentaient aussi des anomalies dans les réponses de leurs hormones du stress, avaient été formées plus tôt, et avaient accumulé une foule de diagnostics psychiatriques apparemment non liés.

L'enquête complémentaire a révélé plusieurs détails sur la manière dont l'abus sexuel affecte le développement. Par exemple, à chaque évaluation, on demandait aux filles des deux groupes ce qu'elles avaient vécu de pire l'année précédente. Pendant qu'elles racontaient leur histoire, les chercheurs observaient à quel point elles étaient ébranlées, tout en mesurant leurs paramètres physiologiques. À la première évaluation, toutes ont exprimé une vive émotion. Trois ans plus tard, en réponse à la même question, les filles du groupe témoin ont montré à nouveau des signes d'émotion, mais les victimes d'inceste étaient émotionnellement engourdis et fermées. Leur état biologique correspondait à leurs réactions : lors de l'évaluation initiale, toutes les filles présentaient un fort taux de cortisol ; trois ans plus tard, ce taux était plus bas chez les victimes d'inceste alors qu'elles relataient l'événement le plus stressant de l'année écoulée. Avec le temps, le corps s'adapte au traumatisme chronique. Cet engourdissement émotionnel a notamment pour conséquence que les enseignants, les amis et les proches risquent de ne pas remarquer que cette jeune fille est bouleversée ; elle-même peut ne pas le sentir. En s'engourdissant ainsi, elle ne réagit plus à sa souffrance normalement – par exemple, en prenant des mesures pour se protéger.

L'étude de Putnam a mis aussi en évidence les effets à long terme de l'inceste sur les amitiés et le couple. Avant la puberté, les filles qui en sont épargnées ont souvent plusieurs amies, plus un copain qui fait office d'espion pour les informer sur la nature des étranges créatures que sont les garçons. À l'adolescence, leurs contacts avec l'autre sexe augmentent graduellement. En revanche, avant la puberté, les victimes d'inceste sont plutôt solitaires, mais l'adolescence déclenche de nombreux contacts chaotiques et souvent traumatisants avec les garçons.

Le manque d'amies à l'école primaire crée une différence cruciale. On sait combien les filles de huit à onze ans peuvent être cruelles. C'est une période complexe et changeante, où des amies peuvent soudain se transformer en ennemies, des alliances virer à la trahison ou à l'exclusion. L'avantage, c'est qu'à l'âge où les filles entrent au collège, la plupart ont commencé à maîtriser une série d'aptitudes sociales : pouvoir identifier leurs émotions, négocier leurs relations avec les autres, faire semblant d'aimer quelqu'un qui leur déplaît, etc. De plus, elles ont en général tissé un réseau d'amies assez stable qui les soutiennent en cas de stress. À mesure qu'elles accèdent au monde des rencontres et des rapports sexuels, ces amitiés leur offrent un espace pour réfléchir, papoter et discuter du sens de tout cela.

Les filles qui ont été victimes d'inceste ont un parcours de développement totalement différent. Elles n'ont pas d'amis parce qu'elles ne peuvent se fier à personne. Elles se détestent et leur biologie qui joue contre elles les porte soit à surréagir, soit à engourdir leurs émotions. Elles n'arrivent pas à suivre dans les jeux coutumiers d'inclusion/exclusion motivés par l'envie, et qui demandent de garder son calme. En général, les autres enfants ne veulent pas les fréquenter : elles sont simplement trop bizarres.

Mais ce n'est que le début de leurs problèmes. Les filles isolées, victimes d'inceste, sont formées un an et demi plus tôt que les autres. Le viol accélère leur horloge biologique et la sécrétion des hormones sexuelles. Au début de la puberté, les filles étudiées par Putnam avaient des taux de testostérone et d'androstènedione (les

hormones qui nourrissent le désir sexuel) trois à cinq fois plus élevés que celles du groupe témoin. Les résultats de cette étude n'ont pas encore été entièrement publiés, mais elle a déjà abouti à créer une précieuse feuille de route pour les thérapeutes des victimes de viol. Au Trauma Center, par exemple, un psychiatre a raconté un lundi matin qu'une patiente, Ayesha, avait, une fois de plus, été violée pendant le week-end. Elle s'était enfuie de son foyer le samedi à cinq heures de l'après-midi, pour gagner un quartier de Boston où traînent les drogués. Là, elle avait fumé un joint et pris d'autres substances, puis s'était laissé embarquer dans la voiture d'une bande de garçons. À cinq heures du matin, le dimanche, ils l'avaient tous violée. Comme beaucoup d'adolescents du Trauma Center, Ayesha ne peut pas exprimer ses envies, ses besoins, ni concevoir un moyen de se protéger. Au lieu de quoi, elle vit dans un monde d'actions. Expliquer son comportement en termes de victime et de bourreau ne sert à rien, pas plus que lui coller des étiquettes du type « dépression », « trouble oppositionnel avec provocation », « trouble explosif intermittent », « trouble bipolaire », ou toute autre option offerte par le *DSM*. Le travail de Putnam nous a aidés à comprendre comment Ayesha perçoit le monde – pourquoi elle ne peut pas nous dire ce qu'elle a, pourquoi elle est aussi impulsive et ne sait pas se défendre, et pourquoi elle voit en nous des gens effrayants et intrusifs plutôt que des médecins capables de l'aider.

LE *DSM-V* : UNE MOSAÏQUE DE « DIAGNOSTICS »

Quand le *DSM-V* est paru en mai 2013, il recensait environ trois cents troubles sur plus de 900 pages. À l'assortiment d'étiquettes qu'il offrait pour les problèmes associés aux graves traumatismes infantiles, s'ajoutaient de nouvelles appellations comme : trouble disruptif avec dysrégulation émotionnelle²⁶, automutilation non suicidaire, trouble de désinhibition sociale et trouble du contrôle des impulsions²⁷.

Avant la fin du XIX^e siècle, les médecins classaient les maladies suivant leurs manifestations de surface, telles les pustules et la fièvre, ce qui n'était pas déraisonnable car ils n'avaient pas beaucoup d'autres critères²⁸. Tout cela a changé avec la découverte, notamment par Pasteur et Koch, du fait que bien des maladies sont dues à des bactéries invisibles à l'œil nu. Ce progrès a révolutionné la médecine, qui a cherché des moyens de se débarrasser de ces organismes, au lieu de traiter seulement les fièvres et les abcès qu'ils provoquaient. Avec le *DSM-V*, la psychiatrie a régressé aux pratiques médicales du XIX^e siècle. Bien qu'on connaisse l'origine de nombreux problèmes définis par ce manuel, ses « diagnostics » décrivent des phénomènes de surface qui ignorent complètement les facteurs sous-jacents.

Avant même la sortie du *DSM-V*, l'*American Journal of Psychiatry* avait publié les résultats des tests de validation de plusieurs diagnostics inédits, montrant qu'il manquait largement de « fiabilité », au sens savant du terme : la faculté de donner des résultats cohérents et reproductibles. Autrement dit, il manquait de validité scientifique. Bizarrement, ce manque de sérieux n'a pas empêché sa cinquième édition de paraître dans les délais prévus même si, de l'avis général, elle n'apportait aucune amélioration par rapport à la précédente²⁹. Est-ce parce que l'Association américaine de psychiatrie avait touché 100 millions de dollars sur le *DSM-IV* et comptait en gagner autant sur l'édition suivante (grâce à un public captif d'avocats et de professionnels de la santé mentale) que celle-ci a été conçue ?

La fiabilité du diagnostic n'est pas une chose abstraite : si les médecins ne peuvent pas s'entendre sur le mal dont souffrent leurs patients, ils ne peuvent pas leur donner un bon traitement. Quand il n'y a pas de rapport entre le diagnostic et la cure, un patient mal diagnostiqué devient un patient mal soigné. Personne ne voudrait qu'on lui ôte l'appendice s'il a un calcul rénal, ni voir une personne taxée d'« oppositionnelle » quand elle tente de se protéger contre un danger réel.

Dans une déclaration publiée en juin 2011, la Société britannique de psychologie s'est plainte à l'APA que le *DSM-V* attribuait les souffrances psychiques à des facteurs internes, négligeant « dans de nombreux cas, [leur] causalité sociale indéniable³⁰ ». Cette plainte s'ajoutait à un flot de protestations de professionnels de la santé mentale, notamment de leaders d'associations américaines de psychologie. Pourquoi le *DSM* passe-t-il sous silence les conditions sociales et les relations humaines³¹ ? Si on attribue les problèmes mentaux à de simples déficiences biologiques et génétiques, en méconnaissant l'abandon, les sévices et les privations, on risque de se fourvoyer dans le même type d'impasses que les générations précédentes qui ont imputé tous ces maux à de mauvaises mères.

Le rejet le plus stupéfiant du *DSM-V* provenait de l'Institut national de santé mentale, qui finance la plupart des recherches en psychiatrie aux États-Unis. En avril 2013, quelques semaines avant la parution officielle du nouveau manuel, le directeur de l'institut, Thomas Insel, a annoncé qu'il ne pouvait plus cautionner ses « diagnostics fondés sur des symptômes³² ». Il allait désormais parrainer le Research Domain Criteria (RDoC)³³, un cadre de recherche interdisciplinaire qui vise à dépasser le clivage entre les catégories diagnostiques actuelles. Par exemple, l'institut a financé une étude sur les « systèmes excitateurs/modulateurs (excitation, rythme circadien, veille et sommeil) » qui sont perturbés à divers degrés chez mes patients.

À l'instar du *DSM-V*, le RDoC considère toutefois les maladies mentales comme des troubles purement endogènes. Aux États-Unis, les futures recherches en psychiatrie vont donc se limiter aux circuits du cerveau « et aux autres mesures neurobiologiques » sous-jacentes aux problèmes psychiques. Insel voit cela comme un premier pas vers le type de « médecine de précision qui a transformé le diagnostic et le traitement du cancer ». Or, la maladie mentale est très différente du cancer : l'homme est un animal social, et les problèmes psychiques comprennent l'incapacité à s'entendre avec les

autres, à s'adapter, à trouver sa place et, de manière générale, à être sur la même longueur d'onde que son entourage.

Tout, en l'être humain – son cerveau, son esprit et son corps –, est conçu en vue d'une collaboration avec des systèmes sociaux. Cette collaboration est sa plus puissante stratégie de survie, la clé de la prospérité de son espèce, et c'est justement elle qui se dérègle dans la plupart des formes de souffrance mentale. Comme on l'a vu dans la deuxième partie de ce livre, les liaisons neurales du cerveau et du corps sont essentielles pour comprendre les souffrances humaines, mais il ne faut pas pour autant ignorer les fondements de l'humanité : les relations qui façonnent le cerveau et l'esprit dans l'enfance, et qui donnent du poids et du sens à la vie entière.

Les personnes qui ont été négligées ou maltraitées à l'âge tendre resteront méconnues et largement non traitées si on n'écoute pas l'avertissement d'Alan Sroufe : « Comprendre pleinement comment nous devenons ce que nous sommes – l'évolution complexe, pas à pas, de nos orientations, de nos capacités et de nos comportements au fil du temps – réclame davantage qu'une liste d'ingrédients, si importants qu'ils soient isolément. Cela demande une compréhension du processus de développement, de la manière dont tous ces facteurs s'associent dans la durée³⁴. »

Les professionnels de la santé mentale qui sont en première ligne, travailleurs sociaux et thérapeutes, sont apparemment d'accord avec notre approche. Peu après que l'APA a refusé d'inclure le trouble de traumatisme développemental dans le *DSM*, des milliers de cliniciens, partout dans le pays, ont envoyé de petites sommes au Trauma Center pour nous aider à poursuivre nos recherches sur cette pathologie. Leur soutien nous a permis d'interviewer des centaines d'enfants, de parents, de familles d'accueil et de soignants dans cinq centres du réseau, à l'aide de questionnaires élaborés scientifiquement. Les premiers résultats de cette étude ont maintenant été publiés, et d'autres paraîtront quand ce livre sera mis sous presse³⁵.

QU'APPORTERAIT LE DIAGNOSTIC DE TROUBLE DE TRAUMATISME DÉVELOPPEMENTAL ?

Tout d'abord, cela permettrait d'axer le traitement et les recherches (sans parler de leur financement) sur ce qui se trouve à l'arrière-plan des symptômes des traumatisés chroniques, adultes et enfants : dérégulation générale (émotionnelle et biologique), échec ou perturbation de l'attachement, problèmes de concentration, profond déficit du sentiment d'identité et de l'estime de soi. Ces questions englobent et dépassent presque toutes les catégories diagnostiques, mais tout traitement qui ne les place pas au premier plan est voué à l'échec. Notre grand défi consiste à appliquer les connaissances en matière de neuroplasticité, soit la souplesse des circuits cérébraux, pour reprogrammer les cerveaux et réorganiser l'esprit des patients que la vie a conditionnés à voir les autres comme des menaces et à se percevoir comme faibles.

Le soutien social est une nécessité biologique, pas un choix. Toute mesure de prévention, tout traitement devrait s'appuyer sur cette réalité. Reconnaître les effets profonds du traumatisme et des privations sur le développement de l'enfant ne mène pas forcément à rejeter la responsabilité sur les parents. Les parents font sans doute de leur mieux, mais tout parent a besoin d'aide pour élever ses enfants. À l'exception des États-Unis, presque tous les pays industrialisés l'ont admis et garantissent aux familles une forme de soutien. James Heckman, Prix Nobel d'économie en l'an 2000, a montré que des programmes efficaces d'aide à la petite enfance, qui développent des aptitudes élémentaires chez les bambins défavorisés avec la participation des parents, sont plus qu'amortis par les progrès qu'ils apportent³⁶.

Au début des années 1970, le psychologue David Olds, qui travaillait dans une garderie de Baltimore avec des enfants de foyers ravagés par la violence conjugale et qui était conscient que traiter les seuls problèmes scolaires ne suffirait pas à améliorer leurs

conditions familiales, la pauvreté et la drogue, a lancé un programme de visites à domicile. Il a donc envoyé des nurses qualifiées aider les mères à donner un environnement stimulant à leur progéniture et, ce faisant, à imaginer un meilleur avenir pour elles-mêmes. Vingt ans plus tard, ces enfants étaient non seulement en meilleure santé, mais ils avaient été moins maltraités ou négligés que les jeunes déshérités dont les mères n'avaient pas bénéficié de ces visites. Ils avaient aussi moins quitté l'école, davantage évité la prison et exerçaient des métiers mieux rétribués. Des économistes ont calculé que chaque dollar investi dans des visites à domicile, des garderies et des programmes préscolaires efficaces permettrait d'économiser sept dollars sur les prestations sociales, les frais de santé et les cures de désintoxication – auxquels s'ajouterait une augmentation des recettes fiscales liées aux emplois mieux payés³⁷.

Quand je pars enseigner en Europe, je suis souvent contacté par de hauts responsables de santé (des pays scandinaves, du Royaume-Uni, d'Allemagne ou des Pays-Bas) qui viennent s'enquérir des dernières recherches sur le traitement des enfants traumatisés et de leur famille. Il en va de même pour nombre de mes collègues. Ces pays ont déjà mis en place des systèmes de santé universels, un salaire minimum, un congé parental rémunéré pour les deux parents après la naissance d'un bébé, et d'excellentes crèches pour les mères qui travaillent.

Peut-on associer cette approche de la santé publique au faible taux d'incarcération en Norvège et aux Pays-Bas – 71/100 000 et 81/100 000, contre 781/100 000 aux États-Unis – alors que, dans ces pays, le taux de criminalité est bien inférieur au nôtre et le coût des soins deux fois moindre ? 70 % des prisonniers de Californie ont été placés pendant leur enfance. Chaque année, les États-Unis dépensent 84 milliards de dollars pour leur système carcéral, à raison de 44 000 dollars par détenu, et les pays d'Europe du Nord seulement une fraction de ce montant. À la place, ils aident les parents à élever leur famille dans un environnement sain et prévisible. Les résultats scolaires des enfants et leur taux de scolarité semblent refléter la réussite de ces investissements.

IV

**LA TRACE
DU TRAUMATISME**

DÉCOUVRIR LES SECRETS : LE PROBLÈME DU SOUVENIR TRAUMATIQUE

« Il est étrange que tous les souvenirs qui s'évoquent en nous aient deux qualités. Ils sont toujours pleins de silence, c'est ce qu'il y a en eux de plus caractéristique, et même si dans la réalité il en fut autrement, ils n'en produisent pas moins cette impression-là. Ce sont des apparitions muettes, qui me parlent par des regards et des gestes, sans avoir recours à la parole, silencieusement [...] le silence, justement, est pour nous un phénomène incompréhensible. »

Erich Maria Remarque, *À l'ouest, rien de nouveau*

Au printemps 2002, on m'a demandé d'examiner un jeune homme qui affirmait qu'un prêtre avait abusé de lui dans son enfance. Âgé alors de vingt-cinq ans, il semblait avoir complètement oublié cette histoire jusqu'à ce qu'il apprenne que l'homme d'Église était poursuivi pour des sévices analogues sur de jeunes garçons. La question qu'on me posait était la suivante : bien qu'il ait « refoulé » apparemment les faits pendant plus de dix ans, ses souvenirs étaient-ils crédibles, et étais-je prêt à en témoigner devant un juge ?

D'après mes notes de l'époque, voici ce que cet homme, que j'appellerai Julian, m'a raconté. (J'utiliserai un pseudonyme car j'espère qu'avec le temps, il a pu retrouver un peu de paix et sa vie privée¹.)

Son histoire illustre les complexités du souvenir traumatique. Les controverses sur cette affaire sont aussi typiques des passions qu'a déchaînées le traumatisme depuis que les psychiatres ont commencé à décrire sa nature insolite dans les dernières décennies du XIX^e siècle.

INONDÉ D'IMAGES ET DE SENSATIONS

Le 11 février 2001, Julian, alors policier militaire dans une base aérienne, était au téléphone avec sa petite amie quand celle-ci a mentionné un article qu'elle venait de lire dans le *Boston Globe*. Un prêtre nommé Shanley était soupçonné d'avoir agressé sexuellement des enfants. Julian ne lui avait-il pas parlé un jour d'un père Shanley qui avait été prêtre dans sa paroisse ? « S'en est-il jamais pris à toi ? » lui a-t-elle demandé. Au début, Julian s'est rappelé le père Shanley comme un homme bon qui l'avait beaucoup soutenu après le divorce de ses parents. Mais peu à peu, il a commencé à paniquer. Soudain, il a vu le prêtre sur le seuil d'une porte, les mains tendues, le regardant uriner. Submergé par l'émotion, il a dit à son amie : « Je dois y aller. » Il a appelé son supérieur, qui est venu accompagné de son adjudant-chef, et les deux hommes l'ont conduit chez l'aumônier de la base. Julian se souvient d'avoir dit à ce dernier : « Vous savez ce qui se passe, à Boston ? Ça m'est arrivé aussi. » Dès qu'il s'est entendu prononcer ces mots, il a eu la certitude que Shanley l'avait agressé sexuellement – même s'il s'en souvenait mal. Il était très gêné d'avoir été si émotif : il avait toujours été un garçon fort qui gardait ses sentiments pour lui.

Cette nuit-là, il est resté assis au bord de son lit, pensant qu'il perdait la tête, terrifié à l'idée d'être interné. Pendant la semaine suivante, des images n'ont cessé d'envahir son esprit. Craignant de s'effondrer, il a failli se planter un couteau dans la jambe pour les arrêter. Puis les crises de panique ont commencé, escortées par ce qu'il appelait des « crises d'épilepsie ». Il se grattait le corps jusqu'au sang. Il était toujours brûlant, en sueur, agité. Entre ses crises de

panique, il « avait l'impression d'être un zombie ». Il s'observait à distance, comme si tout cela arrivait à un autre.

En avril, il a été renvoyé par mesure administrative, juste dix jours avant de pouvoir bénéficier de tous les avantages de l'armée.

Quand il est entré dans mon cabinet près d'un an plus tard, j'ai vu un bel homme musclé qui paraissait défait et déprimé. Il m'a dit aussitôt qu'il regrettait énormément d'avoir quitté l'armée. Il avait voulu y faire carrière et avait toujours été bien noté. Il adorait les défis et le travail d'équipe, et le cadre de la vie militaire lui manquait.

Julian était né dans une banlieue de Boston, deuxième d'une famille de cinq enfants. Quand il avait six ans, son père avait quitté sa mère dont il ne pouvait plus supporter l'instabilité. Julian s'entend bien avec son père mais parfois, il lui reproche d'avoir trop travaillé pour nourrir sa famille et de l'avoir abandonné à la garde de sa mère déséquilibrée. Jamais ses parents ni ses frères et sœurs n'ont consulté un psychiatre ni ne se sont drogués.

Au lycée, Julian était devenu un athlète populaire. Il avait beaucoup d'amis, mais il se sentait mal dans sa peau et noyait ses mauvaises notes dans l'alcool. Il avait honte d'avoir profité de son physique avantageux pour coucher avec de nombreuses filles. Il a évoqué son désir d'en appeler certaines pour s'excuser de sa goujaterie.

Il se rappelait qu'il avait toujours détesté son corps. Il prenait des stéroïdes pour développer ses muscles et fumait de la marijuana quasiment tous les jours. À sa sortie du lycée, il avait été SDF pendant près d'un an parce qu'il ne pouvait plus supporter d'habiter chez sa mère. Il s'était engagé dans l'armée pour tenter de se recadrer.

Il avait rencontré le père Shanley à l'âge de six ans, au catéchisme. (Le prêtre portait rarement une soutane, Julian se rappelait son pantalon bleu foncé en velours côtelé.) Shanley l'emmenait parfois en dehors de la classe pour le confesser. Ils se rendaient alors dans une grande pièce, garnie de deux fauteuils rouges et d'un prie-Dieu

couvert d'un coussin écarlate. Là, ils jouaient aux cartes – un jeu de stratégie qui se changeait en strip-poker. Julian se souvenait d'avoir été face à un miroir dans cette pièce. Le père Shanley l'obligeait à se pencher et mettait un doigt dans son anus. D'après Julian, il ne l'avait jamais pénétré avec son pénis, mais il l'avait tripoté à plusieurs reprises.

Par ailleurs, ses souvenirs étaient assez incohérents et fragmentaires. Il avait des flash-back du visage du prêtre et d'autres images isolées : Shanley debout sur le seuil des toilettes, s'agenouillant par terre et faisant tourner sa langue autour de son « truc ». Il ne pouvait pas dire quel âge il avait à ce moment-là. Il se rappelait distribuant des brochures à l'église, puis Shanley assis sur un banc près de lui, le caressant d'une main et le forçant à poser la sienne sur son entre-jambe. Quand il avait grandi, se souvenait-il aussi, le prêtre caressait son pénis en passant à côté de lui. Julian n'aimait pas ça, mais ne savait que faire pour l'en empêcher. Après tout, m'a-t-il dit, « le père Shanley était ce qu'il y avait de plus proche de Dieu dans mon quartier ».

Outre ces bribes de souvenirs, des traces de ses abus sexuels s'activaient et se rejouaient clairement dans son esprit. Parfois, quand il faisait l'amour avec sa petite amie, l'image du prêtre surgissait et, disait-il, « il perdait ses moyens ». Une nuit, son amie avait mis un doigt dans sa bouche en lui glissant malicieusement : « Tu tailles de bonnes pipes. » Il avait sursauté et hurlé : « Si jamais tu redis ça, je te tue ! » Tous deux avaient fondu en larmes, terrifiés. Sur ce, Julian avait fait une de ses « crises d'épilepsie » : il s'était mis en position fœtale, tremblant et gémissant comme un bébé. Quand il m'a raconté ça, il avait l'air d'un enfant terrorisé.

Julian alternait entre deux états d'esprit : tantôt il plaignait le vieil homme que Shanley était devenu, tantôt il voulait simplement « l'emmener [...] quelque part pour le tuer ». Il m'a dit aussi à maintes reprises combien il se sentait honteux et avait du mal à admettre qu'il n'avait pas pu se défendre : « Personne ne joue au con avec moi, et pourtant, il faut que je vous dise ça. » Il se voyait comme un gros dur.

Comment peut-on comprendre une histoire comme la sienne ? Des années d'oubli apparent, suivies d'images perturbantes, fragmentées, de symptômes spectaculaires et de reviviscences soudaines ? En tant que thérapeute, mon souci premier n'est pas de définir exactement ce qu'ont subi les gens qui souffrent des séquelles d'un traumatisme, mais de les aider à les supporter sans qu'elles les déroutent constamment. Quand se pose la question de la responsabilité, le problème central est souvent celui du sentiment de culpabilité : accepter que le traumatisme n'était pas de leur faute, qu'il n'a pas été causé par une défaillance de leur part, que personne ne mérite ce qu'ils ont enduré.

Toutefois, lorsqu'une affaire judiciaire s'ajoute au SSPT, établir la culpabilité devient essentiel, de même que la recevabilité des preuves. Quand j'ai rencontré Julian, j'avais déjà examiné douze personnes, victimes de violences sadiques dans un orphelinat catholique du Vermont, qui s'étaient fait connaître quarante ans après les faits. Bien qu'elles n'aient eu aucun contact avant que l'affaire n'éclate, leurs souvenirs se recoupaient à un point étonnant : elles avaient toutes dénoncé les mêmes personnes, les mêmes violences commises par telle sœur ou tel prêtre, dans les mêmes pièces, lors des mêmes activités quotidiennes. La plupart avaient accepté un règlement à l'amiable avec le diocèse du Vermont.

Aux États-Unis, avant qu'une affaire ne passe en procès, un juge tient ce qu'on appelle une audience Daubert pour définir les critères des témoignages que les experts doivent présenter. En 1996, lors d'une autre action en justice, j'avais convaincu un juge de Boston qu'il est courant de perdre tous ses souvenirs d'un traumatisme et de les retrouver par bribes longtemps après. Il en allait de même pour Julian. Mon rapport d'expertise reste confidentiel, mais il était fondé sur des décennies d'expérience clinique et de recherches sur le souvenir traumatique, parmi lesquelles celles de certains grands pionniers de la psychiatrie moderne.

SOUVENIR ORDINAIRE ET SOUVENIR TRAUMATIQUE

Nous savons tous combien la mémoire est versatile; nos souvenirs changent et sont sans cesse révisés et actualisés. Quand je parle avec mes frères et sœurs de notre enfance, nous finissons par croire que nous n'avons pas grandi dans la même famille, tant nos souvenirs diffèrent. Les souvenirs autobiographiques ne reflètent pas précisément la réalité. Ce sont des histoires que nous racontons pour donner notre version personnelle de notre expérience.

L'étude Grant sur le développement de l'adulte, qui a suivi plus de 200 étudiants de Harvard de 1939-1944 à nos jours², illustre l'aptitude extraordinaire de l'esprit humain à réécrire les souvenirs. Les concepteurs de cette étude n'avaient, naturellement, pas prévu que beaucoup de ces jeunes gens prendraient part à la Seconde Guerre mondiale, mais elle nous permet de voir l'évolution de leurs souvenirs militaires. Ces hommes ont été interviewés en détail sur leur expérience des combats en 1945-1946 et, de nouveau, en 1989-1990. Quarante-cinq ans plus tard, presque tous ont donné une version très différente du récit qu'ils avaient fait au lendemain du conflit : avec le temps, leur histoire avait perdu son intensité dramatique. En revanche, ceux qui avaient été traumatisés n'ont pas changé leur témoignage; leurs souvenirs étaient restés sensiblement intacts plus de quarante ans après la fin de la guerre.

Le fait de nous rappeler un événement particulier et le degré de fidélité du souvenir que nous en gardons dépendent en grande partie de son importance pour nous et de l'émotion qu'il nous a causée. Le facteur clé est notre niveau d'excitation. Nous avons tous de vieux souvenirs associés à des gens et à des lieux. La plupart d'entre nous se rappellent précisément où ils étaient et ce qu'ils ont vu le 11 septembre 2001, mais seulement quelques-uns se souviennent d'un épisode de la veille.

La plupart des expériences quotidiennes tombent aussitôt dans l'oubli. Au terme d'un jour banal, on n'a pas grand-chose à raconter lorsqu'on rentre chez soi. L'esprit fonctionne en suivant des plans ou des cartes, et les incidents qui sortent de la routine sont les plus propres à attirer notre attention. Si un ami nous raconte une nouvelle exaltante, nous en retiendrons les détails, du moins pendant quelque temps. Ce sont les insultes qui marquent le plus notre mémoire : l'adrénaline que l'on sécrète pour se défendre contre les menaces nous aide à graver ces incidents dans notre esprit. En général, même si la teneur de l'injure s'efface, notre aversion pour la personne qui l'a lancée persiste.

Quand survient un événement terrifiant, comme un accident où un ami est blessé sous nos yeux, nous le gardons longtemps et clairement en mémoire. James McGaugh* et ses collègues ont montré que, plus on sécrète d'adrénaline, plus ce souvenir sera précis³ – mais seulement jusqu'à un certain point : confronté à l'horreur, surtout à celle d'un « choc inéluctable », ce processus se détraque.

On ne peut évidemment pas suivre ce qui se passe au cours d'une expérience traumatique, mais il est possible de réactiver le trauma en laboratoire, comme l'ont fait des chercheurs pour les scanners du cerveau qu'on a vus aux chapitres 3 et 4. Lorsque des traces mnésiques d'images, de sensations et de sons initiaux sont réactivées, le lobe frontal se ferme – y compris sa partie nécessaire pour mettre en mots les sentiments⁴, la région qui crée le sens de l'emplacement dans le temps, et le thalamus qui intègre les données brutes des sensations entrantes. À ce stade, le cerveau émotionnel (le système limbique et le tronc cérébral), qui n'est pas contrôlé consciemment et ne peut pas communiquer verbalement, prend le dessus. Il exprime son activation accrue par des changements dans l'excitation affective, la physiologie du corps et l'action musculaire. En temps normal, ces deux systèmes mnésiques – le

* Neurobiologiste spécialisé dans la mémoire et l'apprentissage. (N.D.T.)

rationnel et l'émotionnel – collaborent pour donner une réponse unifiée. Mais une vive excitation, non seulement change l'équilibre entre ces réseaux, mais déconnecte les autres zones du cerveau qui servent à stocker et à intégrer les informations entrantes, comme le thalamus et l'hippocampe⁵. Les empreintes des expériences traumatiques sont donc organisées, non pas comme des récits logiques et cohérents mais sous forme de traces émotionnelles et sensorielles fragmentées : images, sons et sensations physiques⁶. Julian a vu un homme aux bras tendus, un banc d'église, un escalier, un jeu de strip-poker : il a éprouvé une sensation dans son pénis, un sentiment d'effroi et de panique – mais il n'avait pas, ou peu, d'histoires à raconter.

DÉCOUVRIR LES SECRETS DU TRAUMATISME

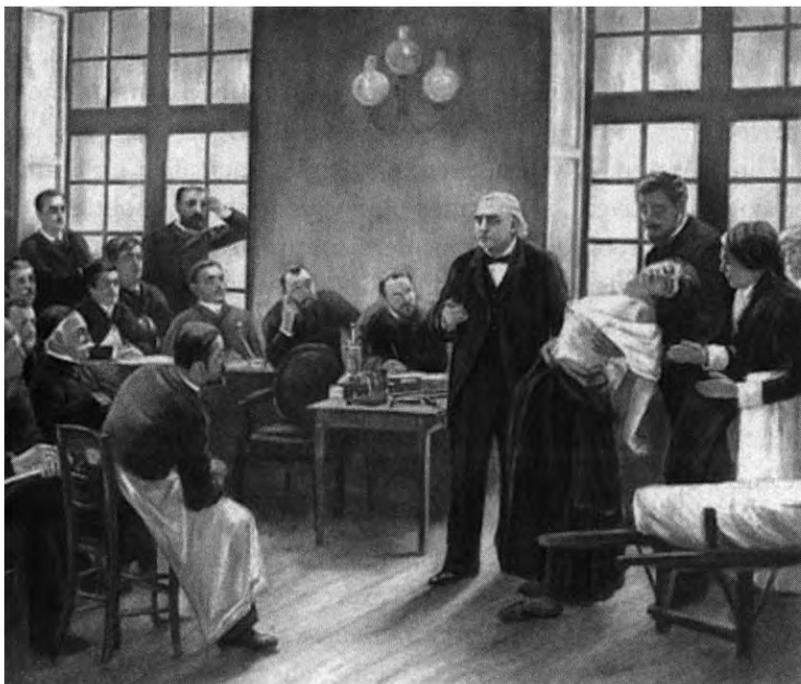
À la fin du XIX^e siècle, quand la médecine s'est lancée dans l'étude méthodique des problèmes psychiques, elle s'est particulièrement intéressée au souvenir traumatique. En France et en Angleterre, un nombre prodigieux d'articles sont parus sur le « *railway spine* », les séquelles psychologiques des accidents de chemin de fer, qui comprenaient les pertes de mémoire. Mais les plus grands progrès sont venus de l'étude de l'hystérie, un trouble caractérisé par des explosions émotionnelles, une sensibilité à la suggestion, des contractions et des paralysies musculaires ne pouvant s'expliquer par de simples causes physiques⁷. Jadis considérée comme le propre des femmes instables et simulatrices (son nom vient du mot grec signifiant « utérus »), l'hystérie a alors permis d'entrevoir les mystères de l'esprit et du corps. Les noms des plus grands pionniers de la neurologie et de la psychiatrie, comme Jean Martin Charcot, Pierre Janet et Sigmund Freud, sont associés à la découverte du fait que le traumatisme – dû, en particulier, aux abus sexuels dans l'enfance – est à la base de l'hystérie⁸. Ces premiers chercheurs qualifiaient les souvenirs traumatiques de « secrets pathogènes⁹ » ou de « parasites mentaux¹⁰ », car

les malades avaient beau vouloir oublier ce qui leur était arrivé, leurs souvenirs ne cessaient de resurgir dans leur conscience, les bloquant dans un présent d'horreur existentielle constamment ravivée¹¹.

L'intérêt pour l'hystérie a été particulièrement fort en France et, comme souvent, ses racines plongeaient dans la politique de l'époque. Charcot, qui est considéré comme le père de la neurologie (nombre de ses élèves, tel Gilles de la Tourette, ont donné leurs noms à des maladies neurologiques), se mêlait aussi de politique. Après l'abdication de Napoléon III en 1870, un conflit a opposé les monarchistes, soutenus par le clergé, et les défenseurs de la III^e République naissante, amis de la démocratie laïque et de la science. Charcot pensait que les femmes joueraient un rôle crucial dans ce débat, et sa recherche sur l'hystérie « a offert une explication scientifique à des phénomènes comme l'extase religieuse, la possession démoniaque, la sorcellerie et l'exorcisme¹² ».

De plus, il a fait des études minutieuses sur les corrélats physiologiques et neurologiques de l'hystérie, chez les hommes comme les femmes, qui ont toutes mis en évidence une incarnation du souvenir et un défaut de langage. En 1889, par exemple, il a publié le cas de Le Log, un homme qui avait contracté une paralysie des jambes après avoir été renversé par une voiture à cheval. Bien qu'il ait perdu connaissance, ses jambes semblaient intactes et aucun signe neurologique ne montrait que leur paralysie soit d'origine physique. Charcot a découvert que juste avant de s'évanouir, il avait vu les roues de la voiture foncer sur lui et cru qu'elles allaient l'écraser. « Le patient, a-t-il noté, ne garde aucun souvenir [de l'accident]. Les questions qu'on lui pose sur ce point restent sans réponse. Il ne sait rien ou presque rien¹³. » Comme bien d'autres patients de la Salpêtrière, Le Log exprimait son expérience physiquement : au lieu de se rappeler l'accident, il le montrait par sa paralysie¹⁴.

Mais pour moi, le vrai héros de l'histoire est Pierre Janet, qui a aidé Charcot à créer un laboratoire de recherche sur l'hystérie à la



Jean Martin Charcot présente le cas d'une patiente hystérique. Charcot a transformé la Salpêtrière, ancien lieu « d'enfermement des pauvres mendiants », en hôpital moderne. Remarquez la pose théâtrale de la patiente.

Salpêtrière. En 1889, Janet a publié le premier livre scientifique sur le stress traumatique : *L'Automatisme psychologique*¹⁵. Ce traité avançait qu'à la source de ce qu'on nomme aujourd'hui le SSPT se trouvaient des « émotions violentes » ou une vive excitation émotionnelle. Il expliquait qu'après avoir été traumatisés, les gens ne cessaient de reproduire automatiquement certaines actions, émotions et sensations liées au traumatisme. À la différence de Charcot, qui s'attachait surtout à mesurer et à prouver les symptômes physiques des patients, Janet a passé d'innombrables heures à leur parler, pour tenter de découvrir ce qui se passait dans leur esprit. De plus, il était d'abord et avant tout un médecin, qui cherchait à soigner les malades. Voilà pourquoi j'ai lu en détail ses études de cas, qui m'ont énormément appris¹⁶.

AMNÉSIE, DISSOCIATION ET REVIVISCENCE

Janet a été le premier à souligner la différence entre les « souvenirs narratifs » – les histoires que les gens racontent sur le traumatisme – et les souvenirs traumatiques. Une de ses études de cas portait sur une jeune femme, Irène, qui avait été hospitalisée après la mort de sa mère¹⁷. Elle avait soigné celle-ci pendant de nombreux mois, tout en continuant à travailler pour payer ses médicaments et faire vivre son père alcoolique. Quand sa mère avait succombé à la maladie, Irène – épuisée par le stress et le manque de sommeil – avait tenté de la ranimer durant des heures, en l'appelant et en tentant de glisser un remède dans sa gorge. À un moment donné, le corps était tombé du lit, à côté de son père ivre mort. Même après l'arrivée d'une tante, venue s'occuper des préparatifs de l'enterrement, Irène avait persisté dans son déni. Il avait fallu la convaincre d'assister aux obsèques, et elle avait ri pendant toute la messe. Quelques semaines plus tard, elle avait été admise à la Salpêtrière, où Janet l'avait prise en charge.

Outre l'amnésie recouvrant la mort de sa mère, Irène souffrait d'un autre symptôme : plusieurs fois par semaine, elle regardait fixement un lit vide, comme en transe. Ignorant ce qui se passait autour d'elle, elle commençait à soigner une personne imaginaire. Au lieu de se rappeler les détails de la mort de sa mère, elle les reproduisait minutieusement.

Les traumatisés se rappellent à la fois trop et trop peu. D'un côté, Irène n'avait aucun souvenir conscient de la mort de sa mère – elle ne pouvait pas la raconter ; et de l'autre, elle se sentait obligée de reproduire physiquement les événements survenus lors de son décès. L'« automatisme », le terme choisi par Janet, rend bien la nature inconsciente, involontaire de ses actes.

Janet a soigné Irène pendant plusieurs mois, avant tout par hypnose. À la fin du traitement, il l'a réinterrogée sur la mort de sa mère. Là, elle a fondu en larmes en disant : « Ne me rappelez pas

ces choses terribles [...]. Ma mère était morte et mon père fin soûl, comme toujours. J'ai dû m'occuper de son corps toute la nuit. J'ai fait beaucoup de sottises pour la ranimer [...]. Au matin, j'ai perdu l'esprit.» Non seulement Irène était capable de raconter son histoire, mais elle avait aussi retrouvé ses émotions : «Je me sens très seule et abandonnée.» Janet a alors estimé que sa mémoire était «complète» parce qu'elle était maintenant accompagnée des sentiments correspondants.

Janet a noté des différences importantes entre les souvenirs ordinaires et traumatiques. Les souvenirs traumatiques sont déclenchés par des choses précises : dans le cas de Julian, une phrase aguicheuse de sa petite amie ; dans celui d'Irène, un lit. Quand un élément d'une expérience traumatique est ravivé, d'autres suivent souvent automatiquement.

Le souvenir traumatique n'est pas condensé : Irène mettait trois à quatre heures à rejouer son histoire, mais quand elle a enfin pu raconter ce qui s'était passé, elle l'a fait en moins d'une minute. La reviviscence traumatique n'a pas de fonction. En revanche, le souvenir ordinaire est adaptatif : ses versions sont malléables et modifiables selon les circonstances. De plus, il est foncièrement social. C'est une histoire qu'on raconte dans un but : Irène cherchait à obtenir l'aide et le réconfort du médecin ; Julian à m'enrôler dans sa quête de justice et de vengeance. Le souvenir traumatique, lui, n'a rien de social. La rage de Julian, face à la remarque de sa petite amie, ne servait aucune fin utile. Les reviviscences sont figées dans le temps, immuables, et ce sont toujours des expériences solitaires, humiliantes et aliénantes.

Janet a employé le mot «dissociation» pour décrire la séparation et l'isolation des traces mnésiques qu'il observait chez ses patients. Il a eu, de plus, la prescience de ce qu'il en coûtait de tenir ces souvenirs traumatiques à distance. Il a écrit plus tard que, lorsque des malades se dissocient de leur expérience traumatique, ils deviennent «attachés à un obstacle insurmontable¹⁸» : «[In]capables d'intégrer leurs souvenirs traumatiques, ils semblent aussi perdre leur capacité

à assimiler de nouvelles expériences. C'est [...] comme si leur personnalité s'était arrêtée à un moment donné, et ne pouvait plus se développer par l'addition [...] de nouveaux éléments¹⁹. » Il a prédit qu'à moins de prendre conscience des fragments dissociés et de les intégrer dans une histoire appartenant définitivement au passé, les patients traumatisés connaîtraient un lent déclin personnel et professionnel. Ce phénomène a été bien démontré par la recherche actuelle²⁰.

Janet a découvert que, contrairement aux souvenirs ordinaires, sujets aux variations et aux déformations, l'événement traumatique ne peut être relégué dans le passé. La dissociation l'empêche de s'intégrer aux stocks agglomérés, toujours changeants, des souvenirs autobiographiques, ce qui crée un double système mnésique. La mémoire normale intègre les éléments de chaque expérience dans le flux continu de l'expérience de soi, par un processus d'association complexe : pensez à un réseau dense, mais souple, où chaque élément exerce une influence subtile sur de nombreux autres. Mais chez Julian, les sensations, les pensées et les émotions du traumatisme étaient stockées séparément sous forme de fragments figés, à peine compréhensibles. Si le problème lié au SSPT est la *dissociation*, le but de son traitement peut être l'*association* : l'intégration des éléments isolés du traumatisme dans la trame continue de la vie, pour que le cerveau puisse reconnaître sa place dans le passé.

LES ORIGINES DE LA « TALKING CURE »

La psychanalyse est née entre les murs de la Salpêtrière. En 1885, Freud est venu à Paris pour travailler avec Charcot et plus tard, il a appelé son premier fils Jean Martin en l'honneur du neurologue français. En 1893, Freud et son mentor viennois, Joseph Breuer, citent Charcot et Janet dans un brillant article sur la cause de l'hystérie. « *C'est de réminiscence surtout que souffre l'hystérique* », proclament-ils. Ils observent que ces traces mnésiques ne sont pas soumises à « l'usure » des souvenirs normaux, mais conservent

une « extraordinaire fraîcheur ». Les traumatisés ne contrôlent pas non plus le moment de leur résurgence : « Il faut (...) souligner, comme un fait remarquable (...) que ces souvenirs, contrairement à bien d'autres, ne sont pas tenus à la disposition du sujet. Tout au contraire, la mémoire des malades ne garde nulle trace des incidents en question ou alors ne les conserve qu'à l'état le plus sommaire²¹. » [Tous les italiques sont de Freud et Breuer.]

Breuer et Freud pensaient, non sans audace, que les souvenirs traumatiques étaient perdus pour la conscience ordinaire, soit parce que « les circonstances rendaient une réaction impossible », soit parce qu'ils étaient créés par des « affects gravement paralysants », comme l'effroi. En 1896, Freud a affirmé témérairement : « La cause première de l'hystérie est toujours la séduction de l'enfant par un adulte²². » Puis, confronté à l'idée d'une épidémie d'abus sexuels dans les meilleures familles de Vienne – auxquels, a-t-il noté, son propre père aurait été mêlé, il a rapidement battu en retraite. La psychanalyse a mis alors l'accent sur les désirs et les fantasmes inconscients, mais Freud a continué à reconnaître par moments la réalité des abus sexuels²³. Quand les horreurs du premier conflit mondial ont révélé les névroses de guerre, il a réaffirmé que le manque de souvenir verbal était au centre du traumatisme et que, si un homme ne se souvient pas, il risque de passer à l'acte : « Il reproduit [le fait], non comme un souvenir, mais sous forme d'action ; il le répète, sans savoir bien sûr qu'il répète et, à la fin, nous comprenons que c'est sa façon de se souvenir²⁴. »

L'article de Freud et de Breuer nous a légué ce qu'on appelle aujourd'hui la « *talking cure* » : « À notre très grande surprise, nous découvrîmes, en effet, que *chacun des symptômes hystériques disparaissait immédiatement et sans retour quand on réussissait à mettre en pleine lumière le souvenir de l'incident déclenchant, à éveiller l'affect lié à ce dernier et quand, ensuite, le malade décrivait ce qui lui était arrivé de façon fort détaillée et en donnant à son émotion une expression verbale*. Un souvenir dénué de charge affective est presque toujours totalement inefficace²⁵. »

Breuer et Freud expliquent que, sauf « réaction énergétique » du patient à l'événement traumatique, l'affect « reste attaché au souvenir » et ne peut être déchargé. Cette réaction peut être libérée par une action – « depuis les larmes jusqu'à l'acte de vengeance ». « Mais le langage sert de substitut à l'action ; grâce à lui, un affect peut être "abréagi" (c'est-à-dire libéré) presque aussi efficacement. » « On comprend maintenant pour quelle raison le procédé psychothérapeutique que nous venons de décrire agit efficacement. *Il supprime les effets de la représentation qui n'avait pas été primitivement abréagié, en permettant à l'affect coincé de celle-ci de se déverser verbalement ; il amène cette représentation à se modifier par voie associative en l'attirant dans le conscient normal*²⁶. »

Bien que la psychanalyse connaisse aujourd'hui une éclipse, la « *talking cure* », elle, a perduré, et les psychologues ont généralement admis que raconter longuement le traumatisme aide à le reléguer dans le passé. C'est aussi un des principes de la thérapie comportementale et cognitive (TCC) qui est enseignée, de nos jours, dans les facultés de psychologie du monde entier.

Même si les étiquettes diagnostiques ont changé, nous continuons à voir des patients comme ceux qu'ont décrits Freud, Charcot et Janet. En 1986, j'ai rédigé avec des collègues l'étude de cas d'une vendeuse de cigarettes du Cocanut Grove qui avait échappé de peu à l'incendie de cette boîte de nuit* quarante ans plus tôt²⁷. Dans les années 1970 et 1980, elle revivait chaque année sa fuite dans Newbury Street, à quelques rues de là, et finissait hospitalisée pour schizophrénie ou trouble bipolaire. En 1989, j'ai rapporté l'histoire d'un vétéran du Vietnam, qui mettait en scène tous les ans une « attaque à main armée » à l'anniversaire de la mort d'un compagnon d'armes²⁸. Il plaçait un doigt dans sa poche de pantalon pour mimer un pistolet et disait à un commerçant de vider sa caisse – en lui donnant largement le temps d'alerter la police. Cette tentative

* Incendie de boîte de nuit le plus meurtrier des États-Unis, survenu à Boston en 1942, qui a fait 492 morts et des centaines de blessés. (N.D.T.)

inconsciente de se « suicider par flic interposé » a pris fin quand un juge me l'a envoyé. Lorsqu'il a pu composer avec sa culpabilité liée à la mort de son ami, il a cessé de la rejouer.

Ce genre d'incidents pose une question cruciale : comment les médecins, les travailleurs sociaux ou les policiers peuvent-ils reconnaître qu'un homme souffre d'un stress traumatique tant qu'il revit un choc au lieu de s'en souvenir ? Comment les patients peuvent-ils identifier la cause de leur comportement ? Si nous ne connaissons pas leur histoire, nous risquons de les taxer de fous ou de les punir comme des criminels au lieu de les aider à intégrer leur passé.

LE PROCÈS DU SOUVENIR TRAUMATIQUE

Au moins deux douzaines d'hommes ont déclaré avoir été victimes des attouchements du père Shanley, et beaucoup sont parvenus à un accord amiable avec l'archevêché de Boston. Julian a été le seul à témoigner à son procès. En février 2005, reconnu coupable de violences sexuelles sur deux mineurs et du viol de deux enfants, l'ancien prêtre a été condamné à douze à quinze ans de prison.

En 2007, son avocat, Robert F. Shaw, a demandé un nouveau procès, alléguant que la sentence était infondée. Il a tenté de démontrer qu'elle reposait sur une « pseudo-science », les « souvenirs refoulés » n'étant pas, clamait-il, communément admis dans la communauté scientifique. Sa requête a été rejetée par le juge, mais acceptée en 2009 par la Cour suprême du Massachusetts. Près de cent psychiatres et psychologues renommés, de tous les États de l'Union et de huit pays étrangers, ont signé un mémoire d'*amicus curiea**, affirmant que l'existence des « souvenirs refoulés » n'avait jamais été prouvée. Mais, le 10 janvier 2010, la cour a unanimement confirmé la condamnation de Shanley : « En conclusion, a-t-elle statué, nous avons appuyé sans réserve l'avis du juge, estimant que le manque

* Témoin indépendant, non lié aux parties d'un procès, qui présente au tribunal des éléments propres à faciliter son information. (N.D.T.)

d'examen scientifique ne rendait pas moins fiable la théorie de l'amnésie dissociative [...]. Son pouvoir discrétionnaire sur l'admission du rapport d'expertise n'a pas été utilisé de façon abusive.»

Dans le prochain chapitre, je parlerai davantage de la mémoire, de l'oubli et de la manière dont le débat sur le souvenir refoulé, commencé avec Freud, se poursuit encore aujourd'hui.

LE POIDS INTOLÉRABLE DU SOUVENIR

« Nos corps sont les textes qui portent les souvenirs. Aussi, l'évocation n'est rien de moins qu'une réincarnation. »

Katie Cannon

L'intérêt scientifique pour le traumatisme a été très fluctuant depuis cent cinquante ans. La mort de Charcot, en 1893, et l'évolution de la théorie freudienne – davantage orientée vers les conflits psychiques, les défenses et les instincts à l'origine des souffrances de l'âme – n'ont pas été les seuls facteurs de la désaffection de la médecine traditionnelle à son égard. Au tournant du xx^e siècle, la psychanalyse a très vite gagné en popularité. En 1911, le psychiatre Morton Prince, ancien élève de William James et de Pierre Janet, se plaignait que les savants qui s'intéressaient aux effets du traumatisme étaient comme « des palourdes submergées par la marée dans le port de Boston ».

Cette indifférence a pourtant été de courte durée, car la Première Guerre mondiale a de nouveau confronté la médecine à des centaines de milliers d'hommes souffrant d'étranges symptômes psychiques, de problèmes somatiques inexpliqués – et d'amnésie. La toute nouvelle technique du cinéma a permis de filmer ces soldats. Aujourd'hui, sur YouTube, on peut voir leurs postures insolites, leurs déclarations

bizarres, leurs tics et leur air terrifié – l'expression physique, incarnée, du traumatisme : « Un souvenir qui s'inscrit à la fois dans l'esprit, sous forme de mots et d'images mentales, et dans le corps¹. »

Au début de la guerre, les Anglais ont créé le diagnostic d'« obusite », qui permettait aux vétérans d'être soignés et de toucher une pension d'invalidité. Le diagnostic alternatif, la « neurasthénie », ne donnait droit à rien. L'attribution de l'un ou l'autre diagnostic était à la discrétion du médecin².

Plus d'un million de soldats britanniques se sont battus sur le front ouest pendant le conflit. Le 1^{er} juillet 1916, jour le plus sanglant de l'histoire de l'armée anglaise, 19 240 tommies sont tombés à la bataille de la Somme. En parlant de Douglas Haig, le commandant du corps expéditionnaire britannique, l'historien John Keegan a écrit : « Dans ses manières publiques et ses journaux intimes, [il] ne montrait aucune pensée pour la souffrance humaine. » Sur la Somme, « il avait envoyé la fine fleur de la jeunesse anglaise à la mutilation ou à la mort³ ».

À mesure que la guerre se prolongeait, l'obusite a constitué un handicap croissant pour les forces armées. En juin 1917, partagé entre l'écoute de la souffrance des soldats et le désir de vaincre l'Allemagne, l'état-major britannique a émis l'ordonnance générale 2384 : « En aucune circonstance, disait-elle, l'expression "obusite" ne sera verbalement utilisée, ni consignée dans un rapport militaire, une liste de victimes, ou un document médical ou hospitalier. » Tous les soldats qui souffraient de problèmes psychiatriques étaient déclarés « Pas encore diagnostiqué, nerveux⁴ ». En novembre 1917, l'armée anglaise a refusé à Charles Myers*, qui dirigeait quatre hôpitaux de campagne, la permission de soumettre un article sur l'obusite au *British Medical Journal*. Les Allemands étaient encore plus répressifs, considérant cette affection comme une faiblesse de caractère qu'ils soignaient par divers traitements, notamment les électrochocs.

* Médecin et psychologue anglais, cofondateur de la Société britannique de psychologie. (N.D.T.)

En 1922, le gouvernement britannique a publié le rapport Southborough, qui visait à interdire le diagnostic d'obusite dans les guerres à venir et à tuer dans l'œuf toute demande d'indemnisation. Il suggérait de supprimer ce terme des nomenclatures officielles et de ne pas classer davantage les soldats frappés d'obusite « parmi les pertes militaires que les victimes de maladies physiques⁵ ». De l'avis officiel, des troupes bien entraînées et bien dirigées ne souffraient pas d'obusite, et les hommes qui y avaient succombé étaient des militaires rétifs et indisciplinés. La tempête politique autour de la légitimité de ce mal a continué à faire rage pendant plusieurs années, lors desquelles les études sur les meilleurs moyens de le soigner ont disparu de la littérature scientifique⁶.

Aux États-Unis, le sort des anciens combattants était aussi problématique. Quand les vétérans étaient rentrés d'Europe en 1918, ils avaient été accueillis en héros, comme les soldats revenant d'Irak et d'Afghanistan aujourd'hui. En 1924, le Congrès leur a accordé une prime de 1,25 dollar par jour de combat à l'étranger, mais son versement a été reporté à 1945.

En mai 1932, en plein cœur de la Grande Dépression, 1 500 vétérans démunis ont campé sur le Mall à Washington pour réclamer le paiement immédiat de leur prime. Le Sénat a rejeté une loi sur son versement anticipé, à 62 voix contre 18. Un mois plus tard, le président Hoover a ordonné à l'armée de faire évacuer leur camp. Mac Arthur commandait les troupes, soutenues par six tanks. Eisenhower servait d'officier de liaison avec la police, et Patton dirigeait la cavalerie. Des soldats ont chargé, baïonnette au canon, lançant des gaz lacrymogènes dans la foule des vétérans. Le lendemain matin, le Mall était désert et le camp en flammes⁷. Les anciens combattants n'ont jamais reçu leur pension.

Alors que la médecine et la politique tournaient le dos aux vétérans, la littérature commémorait les horreurs de la guerre. Dans *À l'ouest, rien de nouveau*⁸, le roman d'Erich Maria Remarque sur les épreuves des soldats du front, le personnage principal parle au nom de toute une génération : « Je sens que, sans m'en apercevoir, je

suis devenu usé – ici, j’ai perdu mes repères, je suis dans un monde étranger [...]. Je préfère rester seul. Là, personne ne me dérange [...]. Ils parlent trop – je ne peux pas communiquer avec eux –, ils ne s’occupent que de choses superficielles⁹. » Paru en 1929 et traduit en vingt-cinq langues, ce livre est devenu aussitôt un best-seller dans le monde entier. Sa version cinématographique, tournée à Hollywood en 1930, a remporté l’oscar du meilleur film.

Toutefois, trois ans plus tard, quand Hitler est arrivé au pouvoir, ce roman a été un des premiers livres « dégénérés » à être brûlés en place publique, devant l’université Humboldt, à Berlin¹⁰. Apparemment, la conscience des effets destructeurs de la guerre sur l’esprit des soldats aurait constitué une menace pour la course des nazis vers un nouveau cycle de folie.

Or, le déni des conséquences du traumatisme peut être ravageur pour le tissu social. Le refus de tolérer la « faiblesse » et de regarder en face les horreurs de la guerre a largement contribué à la montée du militarisme et du fascisme dans les années 1930. Les réparations exorbitantes imposées par le traité de Versailles ont ajouté aux mortifications d’une Allemagne déjà bafouée. À son tour, la société allemande a été sans pitié pour ses soldats traumatisés, les traitant comme des êtres inférieurs. Leur cascade d’humiliations a ouvert la voie à l’altération ultime des droits de l’homme sous le régime nazi : la justification morale pour les forts de vaincre les faibles – la logique de la guerre suivante.

LE NOUVEAU VISAGE DU TRAUMATISME

Poussés par le déclenchement de la Seconde Guerre mondiale, Charles Myers en Angleterre et Abram Kardiner aux États-Unis ont publié leurs observations sur les soldats de 14-18. *Shell Shock in France 1914-1918* (paru en 1940¹¹) et *Les Névroses traumatiques de guerre* (en 1941¹²) ont été les principaux guides des psychiatres qui ont soigné les soldats ébranlés lors du nouveau conflit. L’effort de guerre des Américains a été prodigieux, et les progrès de la psychiatrie

ont suivi. À nouveau, YouTube offre un aperçu direct du passé : le documentaire de John Huston, *Que la lumière soit* (1946), montre le principal traitement des névroses de guerre à l'époque : l'hypnose¹³.

Dans ce film, les médecins sont encore paternalistes et les patients des jeunes gens terrifiés, mais l'expression de leur traumatisme a changé : alors que les soldats de la Première Guerre mondiale s'agitaient et s'effondraient, paralysés, ceux de la génération suivante parlent et craquent. Leur corps continue à se souvenir : ils ont l'estomac retourné, le cœur battant et cèdent à la panique, mais le traumatisme ne les a pas seulement perturbés sur le plan physique. De plus, la transe hypnotique leur permet de trouver les mots pour dire les choses dont le souvenir, jusque-là, les effrayait trop : leur terreur, leur culpabilité d'avoir survécu et leur conflit de loyauté. Chose remarquable, ils semblent bien mieux contenir leur colère que les vétérans que j'ai suivis dans les années 1970. La culture influe sur l'expression du stress traumatique.

La théoricienne du féminisme Germaine Greer a écrit sur la manière dont son père a été soigné pour un SSPT après la Seconde Guerre mondiale : « Quand [les médecins militaires] examinaient les hommes qui présentaient des troubles graves, ils attribuaient presque toujours ces maux à leur expérience d'avant-guerre : [...] Pour l'armée, [ce n'était] pas la guerre qui rendait les hommes malades, mais les malades qui ne pouvaient pas se battre à la guerre¹⁴. » Ces médecins n'ont peut-être pas soulagé Eric Greer, mais ses efforts pour affronter sa souffrance ont certainement nourri les études de sa fille sur la domination sexuelle dans toutes ses manifestations hideuses : viol, inceste et violences conjugales.

Quand je travaillais à la clinique des anciens combattants, j'ai constaté un fait troublant : la plupart des patients traités en psychiatrie étaient jeunes, fraîchement rentrés du Vietnam, alors que les services de médecine regorgeaient d'hommes âgés. Curieux de cette disparité, j'ai lancé une étude en 1983 sur les vétérans de la Seconde Guerre mondiale hospitalisés. D'après les échelles d'évaluation que j'appliquais, la plupart souffraient d'un SSPT, mais leur traitement

était centré sur des maladies physiques. Ces soldats exprimaient leur mal-être par des douleurs thoraciques ou des crampes d'estomac – et non par des cauchemars dont, ma recherche l'a montré, ils souffraient également. Les médecins influent sur la manière dont leurs patients révèlent leur souffrance : quand un vétéran se plaint de cauchemars terrifiants et qu'on lui prescrit une radio des poumons, il s'aperçoit qu'il sera mieux soigné s'il parle de ses problèmes physiques. Comme les membres de ma famille qui ont été soldats ou captifs pendant la Seconde Guerre mondiale, la plupart de ces hommes répugnaient énormément à confier leurs souffrances. Ni les patients ni leurs médecins, m'a-t-il semblé, ne voulaient revenir sur la guerre.

Pourtant, les chefs civils et militaires ont tiré de ce conflit de grandes leçons que la génération précédente n'avait pas comprises. Après la défaite de l'Axe, les États-Unis ont aidé à reconstruire l'Europe grâce au plan Marshall qui, pendant cinquante ans, a formé l'assise économique d'une paix relative. Sur le sol américain, le G.I. Bill a donné à des millions de vétérans les moyens d'étudier et de souscrire des prêts immobiliers, ce qui a élevé le niveau de vie général et créé une classe moyenne diverse et instruite. Ainsi l'armée a-t-elle conduit la nation vers l'égalité des chances et l'intégration raciale. L'Administration des vétérans a construit des centres de santé partout dans le pays, pour aider les anciens combattants à panser leurs plaies. Toutefois, malgré cette grande sollicitude, les traces psychologiques de la guerre sont restées méconnues et les névroses traumatiques ont disparu de la nomenclature officielle. Après la Seconde Guerre mondiale, le dernier texte sur le sujet est paru en 1947¹⁵.

LA REDÉCOUVERTE DU TRAUMATISME

Comme je l'ai dit précédemment, lorsque j'ai commencé à soigner des vétérans, il n'y avait aucun texte sur le traumatisme à la bibliothèque de la clinique des anciens combattants ; mais la guerre du Vietnam a impulsé de nombreuses études, la formation de sociétés savantes et l'inclusion du diagnostic du SSPT dans la littérature

professionnelle. En même temps, l'intérêt pour le traumatisme explosait dans le grand public.

En 1974, le *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, de Freedman et Kaplan, affirmait que « L'inceste [était] extrêmement rare [aux États-Unis]. Seule une femme sur 1,1 million est concernée¹⁶ ». Comme on l'a vu au chapitre 2, ce manuel, qui faisait autorité à l'époque, vantait les « bienfaits possibles » de l'inceste : « L'activité incestueuse réduit les risques de psychose et permet aux sujets de mieux s'adapter au monde extérieur [...]. Dans leur vaste majorité, ils ne s'en sont pas plus mal portés. »

Cette erreur s'est révélée dans son énormité quand la prise de conscience du traumatisme des vétérans, jointe à l'essor du féminisme, a poussé des dizaines de milliers de victimes de viol, de pédophilie et de violence conjugale à se manifester. Des groupes de thérapie se sont alors formés et de nombreux livres à succès – dont *The Courage to Heal*, d'Ellen Bass et Laura Davis (1988), un guide pour les victimes d'inceste, et *Trauma and Recovery*, de Judith Herman (1992) – ont parlé des étapes de la cure et de la guérison.

Échaudé par l'Histoire, j'ai commencé à craindre une réaction violente, comme celles qui s'étaient déchaînées en 1895, 1917 et 1947 contre la reconnaissance du traumatisme. Je ne m'étais pas trompé. Au début des années 1990, plusieurs grands journaux d'Europe et d'Amérique ont publié un nombre croissant d'articles sur un prétendu « syndrome des faux souvenirs », caractérisé par l'invention d'abus sexuels prétendument revenus en mémoire après avoir été longtemps occultés.

Ce qui était frappant dans ces articles était leur conviction : rien ne prouvait, déclaraient-ils, que le souvenir du traumatisme différait de celui d'événements ordinaires. Je me souviens d'un hebdomadaire de Londres qui, voulant publier un article sur le souvenir traumatique, m'a appelé pour me demander mes commentaires sur le sujet. Enthousiasmé par sa démarche, j'ai répondu que les premières études sur l'amnésie traumatique avaient été conduites en Angleterre plus d'un siècle plus tôt ; j'ai parlé des travaux de John

Erichsen et Frederic Myers sur les accidents ferroviaires dans les années 1860 et 1870, et des études de Charles Myers et William Rivers sur les problèmes mnésiques des vétérans de 14-18. J'ai indiqué aussi au journaliste un article, paru dans *The Lancet* en 1944, sur les séquelles de l'évacuation des plages de Dunkerque en 1940. Au moins 10% des soldats britanniques avaient souffert d'amnésie après ce sauvetage¹⁷. La semaine suivante, le magazine a dit à ses lecteurs que rien ne prouvait que l'on puisse perdre tout ou partie de la mémoire en raison d'événements traumatiques.

Le souvenir différé du traumatisme n'avait pas été particulièrement contesté lorsque Myers et Kardiner l'avaient décrit dans leurs livres sur le premier conflit mondial, quand on avait observé des amnésies chez les soldats évacués de Dunkerque ou que j'avais écrit sur les vétérans du Vietnam. Pourtant, dans les années 1980 et au début des années 1990, quand des femmes et des enfants ont présenté les mêmes problèmes dans le cadre de violences familiales, leurs efforts pour demander justice ont fait passer la question du domaine de la science à la sphère politique et judiciaire. C'est dans ce contexte qu'ont éclaté les scandales de pédophilie dans l'Église catholique, amenant des spécialistes de la mémoire à s'affronter dans les prétoires aux États-Unis et, plus tard, en Europe et en Australie.

Des experts témoignant au nom de l'Église ont prétendu que les souvenirs d'abus sexuels infantiles étaient, au mieux, peu fiables et que les déclarations des soi-disant victimes venaient de faux souvenirs ancrés dans leur esprit par des thérapeutes trop zélés, crédules ou mus par des intentions personnelles. Au cours de cette période, j'ai examiné plus de cinquante adultes qui, de même que Julian, se rappelaient avoir été victimes de prêtres pédophiles. La moitié de leurs plaintes ont été jugées irrecevables.

LA SCIENCE DU SOUVENIR REFOULÉ

En fait, des centaines de publications scientifiques attestaient depuis plus d'un siècle que le souvenir du traumatisme peut être

refoulé et resurgir après de longues années¹⁸. Elles signalaient des amnésies chez des gens frappés de divers événements traumatiques : catastrophes naturelles, traumatismes de guerre, sévices physiques ou sexuels, accidents, enlèvements et tortures. L'amnésie totale la plus courante, de 19 à 38 %, touchait les victimes d'abus sexuel infantile¹⁹. Cette question n'est pas spécialement mise en doute. Dès 1980, le *DSM-III* a reconnu, dans les critères de diagnostic de l'amnésie dissociative, l'existence d'une perte de mémoire due aux événements traumatiques : « Incapacité à se rappeler une information personnelle importante, souvent de nature traumatique ou stressante, trop profonde pour être expliquée par une simple distraction. » L'amnésie a fait partie des critères du SSPT depuis la création de ce diagnostic.

Une des recherches les plus intéressantes sur le souvenir refoulé a été conduite au début des années 1970 par Linda Meyer Williams. Entamée pendant ses études de sociologie, elle reposait sur les interviews de 206 filles, âgées de dix à douze ans, qui avaient été admises aux urgences pour abus sexuels. Leurs examens médicaux et leurs témoignages ont été soigneusement conservés dans leurs dossiers hospitaliers. Dix-sept ans plus tard, Linda Williams a retrouvé 136 de ces filles qui, devenues adultes, lui ont accordé des interviews complémentaires²⁰. 38 % d'entre elles ne se rappelaient pas l'abus sexuel cité dans leur dossier, 12 % ont déclaré n'en avoir jamais subi, et 68 % ont parlé d'autres agressions analogues. Les femmes les plus sujettes à l'amnésie étaient celles qui étaient les plus jeunes au moment des faits et celles qui avaient été violées par une personne de leur connaissance.

Cette étude a aussi examiné la fiabilité des souvenirs retrouvés. 16 % des femmes qui se rappelaient l'abus sexuel ont déclaré l'avoir oublié à un moment donné. Comparées à celles qui l'avaient toujours gardé en mémoire, ces femmes étaient plus jeunes à la date du viol et moins susceptibles d'avoir trouvé de l'aide auprès de leur mère. De plus, la chercheuse a établi que les souvenirs retrouvés étaient à peu près aussi fidèles que ceux qui n'avaient jamais été perdus : toutes les réminiscences des femmes du panel étaient justes

pour l'essentiel, mais ne correspondaient pas trait pour trait aux récits portés dans leurs dossiers²¹.

Les résultats de cette étude sont confirmés par une récente recherche en neurosciences, qui montre que les souvenirs occultés ont tendance à revenir avec des variantes²². Tant qu'un souvenir est inaccessible, l'esprit ne peut pas l'altérer. Mais dès qu'on commence à le raconter et surtout, à le répéter, il évolue – le fait de le relater change l'histoire. L'esprit ne peut pas s'empêcher de donner du sens à ce qu'il sait, et le sens qu'on donne à sa vie agit sur la forme et la teneur de l'évocation.

Vu l'abondance d'exemples attestant que l'on peut oublier le traumatisme et s'en souvenir longtemps après, pourquoi cent spécialistes de la mémoire ont-ils joué leur réputation sur la demande d'annulation du procès de Shanley, au motif que « les souvenirs refoulés » reposaient sur une « pseudo-science » ? Comme l'amnésie et le rappel différé, mais fidèle, des expériences traumatiques n'ont jamais été prouvés en laboratoire, certains tenants des sciences cognitives ont nié catégoriquement l'existence de ces phénomènes^{23,24}. Or, ce que les médecins voient aux urgences, en psychiatrie ou sur le champ de bataille est forcément très différent de ce qu'observent les savants dans leurs laboratoires protégés.

Considérez, par exemple, l'expérience suivante : des chercheurs ont montré qu'il est assez facile de créer des souvenirs inexistantes, tels que le fait de s'être perdu, enfant, dans un centre commercial²⁵. Environ 25 % des sujets soumis à cette expérience « se souviennent » d'avoir été effrayés et donnent même des détails. Mais ce genre de souvenirs n'exprime jamais la terreur viscérale qu'éprouverait réellement un enfant égaré.

Une autre recherche a prouvé le manque de fiabilité du témoignage oculaire. On peut montrer à des gens la vidéo d'une voiture roulant dans la rue, puis leur demander s'ils ont vu un feu rouge ou un stop – ou interroger des enfants sur la tenue d'un homme brièvement passé dans leur classe. D'autres expériences ont montré que les questions posées aux témoins oculaires pouvaient changer

la teneur de leurs souvenirs. Ces études ont eu le mérite de remettre en cause de nombreuses pratiques des tribunaux et de la police, mais elles ont peu de rapport avec le souvenir traumatique.

Le problème fondamental est le suivant : la structure d'un laboratoire ne peut pas être considérée comme équivalente aux conditions de création des souvenirs traumatiques. Il est impossible de faire naître la terreur et l'impuissance associées au SSPT dans ce cadre. On peut explorer en laboratoire les effets de traumatismes existants, comme dans les études d'imagerie cérébrale sur les flash-back induits par scénario, mais pas y déposer l'empreinte initiale d'un traumatisme. Par exemple, le docteur Roger Pitman a projeté à des étudiants de Harvard le film *Face à la mort*, qui contient des images d'exécutions et de morts violentes. Ce film, aujourd'hui largement interdit, est un exemple extrême de ce qu'autoriserait un comité d'éthique, mais il n'a pas conduit les sujets du panel à développer des symptômes de SSPT. Si on veut étudier le souvenir traumatique, on doit étudier les souvenirs des gens qui ont été vraiment traumatisés.

Chose intéressante, une fois retombés l'excitation et le profit des effets de manche, la controverse, elle aussi, s'est tarie, laissant les médecins remédier aux ravages du souvenir traumatique.

SOUVENIR ORDINAIRE ET SOUVENIR TRAUMATIQUE

En 1994, avec mes collègues de l'hôpital général du Massachusetts, j'ai lancé une étude pour comparer les modes d'évocation des expériences anodines et horribles. Nous avons placé l'annonce suivante dans des journaux locaux, des foyers d'étudiants et des laveries automatiques : « Vous est-il arrivé une chose terrible que vous ne pouvez pas chasser de votre esprit ? Appelez le 727-5500. Nous offrons dix dollars pour la participation à cette étude. » Soixante-seize personnes (surtout des femmes) se sont manifestées²⁶.

Après nous être présentés, nous avons commencé par leur demander : « Pouvez-vous nous citer un événement de votre vie qui restera toujours gravé dans votre mémoire, mais n'est pas traumatique ? » Une des femmes nous a dit, avec un grand sourire : « La naissance de ma fille » ; d'autres ont parlé du jour de leur mariage, ou de leur joie d'avoir quitté le lycée major de leur promotion. Puis nous leur avons demandé de se concentrer sur des détails sensoriels de ces événements, comme : « Vous arrive-t-il d'être quelque part et d'avoir soudain une image frappante de votre mari le jour de votre mariage ? » Les réponses étaient invariablement négatives. « Quelle impression, avons-nous ajouté, vous a faite le corps de votre mari pendant votre nuit de noces ? » (Là, nous avons eu droit à des regards méfiants.) « Avez-vous quelquefois, avons-nous poursuivi, un souvenir précis du discours que vous avez prononcé en sortant du lycée ? » « Avez-vous, par moments, des sensations intenses du souvenir de la naissance de votre premier enfant ? » Toutes ont répondu non.

Puis nous les avons interrogées sur les traumatismes qui les avaient poussées à participer à l'étude – essentiellement des viols : « L'odeur de votre violeur vous revient-elle parfois soudainement en mémoire ? », « Vous arrive-t-il d'éprouver les mêmes sensations que durant votre viol ? ». Ces questions créaient de fortes réactions émotionnelles : « C'est pour ça que je ne vais plus à des soirées, parce que, dès que je sens une haleine avinée, j'ai l'impression qu'on va encore me violer. »

La manière dont ces femmes évoquaient des expériences positives et des événements traumatiques présentait deux différences importantes : 1) Dans le mode d'organisation de leurs souvenirs ; 2) Dans leurs réactions physiques à ces derniers. Elles se rappelaient les mariages, les naissances et les remises de diplôme comme des événements du passé – des histoires avec un début, un milieu et une fin. Aucune ne disait avoir oublié une de ces expériences à certaines périodes.

En revanche, leurs souvenirs traumatiques étaient désorganisés. Toutes se rappelaient certains éléments trop clairement (l'odeur de

leur violeur, la plaie à la tête d'un enfant mort), mais aucune ne pouvait évoquer l'enchaînement des faits ou des détails essentiels (la première personne qui les avait aidées, si une voiture de police ou une ambulance les avait amenées à l'hôpital).

Nous leur avons aussi demandé comment elles se rappelaient leur traumatisme à trois moments précis : juste après qu'il s'était produit, le jour où leurs symptômes les avaient le plus perturbées, et la semaine précédant l'étude. Elles ont toutes répondu qu'elles n'avaient jamais pu dire ce qui s'était passé dans la suite immédiate du choc. (Cela ne surprendra aucun urgentiste : les personnes transportées à l'hôpital après la mort brutale d'un proche sont souvent muettes de terreur.) Presque toutes avaient des flash-back répétés. Au fil du temps, d'autres sentiments et détails sensoriels ont été activés, mais la plupart des femmes ont aussi commencé à pouvoir leur donner du sens. Peu à peu, elles ont « su » ce qui s'était passé et ont pu raconter cette histoire à d'autres personnes – une histoire que l'on nomme « le souvenir du traumatisme ».

Progressivement, la fréquence des images et des flash-back a baissé, mais le plus grand progrès a été leur capacité à rassembler les détails et à reconstituer le déroulement des faits. Au cours de notre étude, 85 % des participantes ont pu raconter une histoire cohérente, avec un début, un milieu et une fin. Seules quelques-unes n'ont pas réussi à donner des détails importants. Nous avons noté que les cinq femmes aux récits les plus fragmentés étaient celles qui disaient avoir été violées dans leur enfance : leurs souvenirs leur revenaient toujours sous forme d'images, de sensations et d'émotions intenses.

En somme, notre étude a confirmé l'existence du double système mnésique que Janet et ses collègues de la Salpêtrière avaient décrit cent ans auparavant : les souvenirs traumatiques sont foncièrement différents des histoires que l'on raconte sur le passé. Ils sont dissociés : les sensations qui entrent dans le cerveau pendant le traumatisme ne sont pas réunies de manière à former un récit, un épisode autobiographique.

La plus grande découverte de notre étude a peut-être été que la remémoration du traumatisme, avec tous les affects qui l'accompagnent, ne le résout pas forcément, contrairement à ce qu'affirmaient Breuer et Freud en 1893. Elle n'a pas étayé la thèse que la parole peut remplacer l'action. La plupart des femmes que nous avons interrogées ont pu raconter une histoire cohérente et éprouver la souffrance associée à celle-ci, mais elles étaient toujours hantées par des sensations intolérables. La recherche actuelle sur la thérapie par exposition, une des techniques de base de la thérapie comportementale et cognitive, donne des résultats tout aussi décevants : presque tous les gens soignés par cette méthode gardent de graves symptômes de SSPT trois mois après la fin des séances²⁷. Comme nous le verrons, trouver les mots pour dire ce qu'on a enduré peut créer une transformation, mais ne permet pas toujours de supprimer les flash-back, d'améliorer la concentration, de mieux s'investir dans la vie, ou de réduire l'hypersensibilité aux déceptions et à ce qu'on perçoit comme des affronts.

ÉCOUTER LES SURVIVANTS

Personne n'a envie de se souvenir du traumatisme. La société, à cet égard, n'est pas différente de ceux qui l'ont subi. Chacun aimerait vivre dans un monde sûr, gérable et prévisible, et les traumatisés nous rappellent qu'il n'en va pas toujours ainsi. Pour comprendre le traumatisme, il faut surmonter une répugnance naturelle à affronter cette réalité et cultiver le courage d'écouter les témoignages des survivants.

Dans son livre, *Holocaust Testimonies : The Ruins of Memory* (1991), Lawrence Langer parle du travail qu'il a mené aux archives vidéo de Yale : « En écoutant les récits d'expériences de la Shoah, on exhume une mosaïque de traces qui s'évanouissent sans cesse dans des couches d'incomplétude sans fond²⁸. On se bat avec le début d'un récit inachevé, bourré d'intervalles lacunaires, face à un témoin balbutiant, souvent réduit au silence par les sollicitations

bouleversantes de sa mémoire profonde.» Comme l'explique un rescapé : « Il est difficile de décrire les camps aux gens qui n'y ont pas été. La manière dont les hommes fonctionnent sous le stress est une chose. L'expliquer à ceux qui n'ont jamais su qu'il existait une telle brutalité est de l'ordre du fantasme. »

Une autre survivante de la Shoah, Charlotte Delbo, raconte sa double existence après Auschwitz : « Le "moi" qui était dans le camp n'est pas le mien, ce n'est pas la femme qui est là, devant vous. Non, c'est trop incroyable. Tout ce qui est arrivé à cet autre "moi", celui d'Auschwitz, ne *me* touche plus, ne me concerne plus, tant le souvenir profond et la mémoire ordinaire sont distincts [...]. Sans cette dissociation, je n'aurais pas pu revenir à la vie²⁹. » Même les mots, observe-t-elle, ont un double sens : « Autrement, ceux qui ont été longuement tourmentés par la soif [dans les camps] ne pourraient plus jamais dire : "J'ai soif. Prenons un thé." [Après la guerre,] le terme "soif" est redevenu couramment utilisé. D'un autre côté, si je pense à la soif dont j'ai souffert à Birkenau [le centre d'extermination d'Auschwitz], je me vois telle que j'étais alors – hagarde, chancelante, égarée³⁰. »

Langer conclut en termes impressionnants : « Qui peut trouver une tombe adaptée à des mosaïques psychiques aussi blessées, où elles pourraient reposer en pièces ? La vie continue, mais dans deux directions temporelles à la fois, l'avenir ne pouvant échapper à l'emprise d'un passé lourd de peine³¹. »

Le traumatisme est, par essence, accablant, incroyable, et insoutenable. Chaque patient nous oblige à suspendre notre conception de la normalité pour accepter d'appréhender une double réalité : celle d'un présent relativement sûr et prévisible, coexistant avec un passé ravageur, omniprésent.

L'HISTOIRE DE NANCY

Rares sont les gens qui ont aussi bien exprimé cette dualité que Nancy, une infirmière du Middle West qui est venue me consulter

plusieurs fois à Boston. Peu après la naissance de son troisième enfant, Nancy avait subi une opération en général assez banale, une ligature des trompes pour éviter de futures grossesses. Mais, à cause d'une anesthésie insuffisante, elle s'est réveillée au début de l'intervention et elle a gardé connaissance presque jusqu'à la fin. Tantôt elle plongeait dans ce qu'elle appelait un « sommeil léger » ou un « rêve », tantôt elle sentait pleinement l'horreur de sa situation. Elle était incapable d'alerter l'équipe chirurgicale, car on lui avait injecté un relaxant pour inhiber ses contractions musculaires.

Chaque année, aux États-Unis, 30 000 patients restent plus ou moins conscients pendant l'anesthésie³², et j'avais déjà eu à témoigner pour des gens qui, traumatisés par cette expérience, demandaient réparation. Nancy, elle, ne voulait pas entamer de poursuites. Son seul but était de faire accéder à sa conscience la réalité du traumatisme pour pouvoir se libérer de ses intrusions dans sa vie quotidienne. J'aimerais clore ce chapitre par une série d'e-mails remarquables qu'elle m'a adressés pour décrire son chemin de croix jusqu'à la guérison.

Au début, elle ignorait ce qui lui était arrivé. « Quand je suis rentrée chez moi, j'étais encore abrutie. J'ai vaqué aux tâches ménagères comme en pilotage automatique. Cette nuit-là, j'ai eu du mal à dormir. Pendant des jours, je suis restée dans mon petit monde déconnecté. Je ne pouvais pas me servir d'un grille-pain, d'un four, d'un sèche-cheveux – d'aucun appareil chauffant. Je n'arrivais pas à me concentrer sur ce que disaient mes proches. Ça m'était simplement égal. J'étais de plus en plus anxieuse, je dormais de moins en moins. Je savais que je me conduisais bizarrement et j'essayais de comprendre ce qui m'effrayait tant.

« La quatrième nuit après l'intervention, vers trois heures du matin, j'ai commencé à me rendre compte que je rêvais des discussions que j'avais entendues en salle d'opération. Soudain, je me suis revue au bloc, paralysée, et j'ai senti mon corps brûler. J'ai été avalée par un monde de terreur et d'horreur. »

À partir de là, dit Nancy, les souvenirs et les flash-back ont fait irruption dans sa vie.

« C'était comme si une porte s'entrouvrait, permettant l'intrusion. J'étais à la fois curieuse et évitante. J'avais toujours des craintes irrationnelles, une peur panique du sommeil ; j'étais prise de terreur dès que je voyais du bleu. Malheureusement, mon mari faisait les frais de ma maladie. Malgré moi, je m'en prenais à lui. Je dormais deux-trois heures maximum, et, dans la journée, les flash-back surgissaient. J'étais toujours sur le qui-vive, menacée par des pensées auxquelles j'essayais d'échapper. J'ai perdu dix kilos en trois semaines. Les gens me complimentaient sans cesse sur ma ligne.

« J'ai commencé à penser à la mort. J'ai développé une vision très déformée de la vie, minimisant tous mes succès et dramatisant mes anciens échecs. Je faisais souffrir mon mari et je me suis aperçue que je ne pouvais pas protéger mes enfants contre ma rage.

« Trois semaines après l'opération, j'ai repris mon travail à l'hôpital. En arrivant dans l'ascenseur, j'ai vu un homme en tenue opératoire. J'ai voulu m'enfuir, mais, bien sûr, c'était impossible. J'ai eu une envie irrationnelle de le frapper, que j'ai eu beaucoup de mal à réprimer. Cet épisode a déclenché de plus en plus de flash-back, de terreur et de dissociation. En rentrant chez moi, j'ai pleuré tout du long. À partir de ce jour, je suis devenue experte en évitement. Je n'ai jamais remis les pieds dans un ascenseur, ni à la cafétéria, et j'évitais l'étage du bloc opératoire. »

Peu à peu, malgré son horreur, Nancy est arrivée à reconstituer ses flash-back pour créer un souvenir compréhensible de son opération. Elle s'est remémoré les paroles de réconfort des infirmières, et une brève période de sommeil après le début de l'anesthésie. Puis elle s'est rappelé comment elle s'était réveillée...

« Toute l'équipe plaisantait sur la liaison qu'avait une infirmière. Ça a coïncidé avec la première incision. J'ai senti le coup de scalpel, puis l'entaille et le sang qui coulait sur ma peau. J'ai tenté désespérément de bouger, de parler, mais mon corps ne répondait pas. Je n'arrivais pas à comprendre pourquoi. J'ai senti une douleur plus

profonde quand les couches de muscle se sont écartées. Je savais que je n'aurais pas dû éprouver ça.»

Après quoi, Nancy s'est rappelé quelqu'un « farfouillant » dans son ventre pour, a-t-elle compris, installer les instruments laparoscopiques. Elle a senti sa trompe gauche se serrer.

« Soudain, une douleur cuisante m'a traversée. J'ai voulu lui échapper, mais la pointe du cautère me poursuivait, me brûlant sans relâche. Il n'y a pas de mots pour décrire une telle horreur. Cette souffrance n'avait rien à voir avec toutes celles que j'avais déjà connues et vaincues, comme la douleur d'une jambe cassée ou d'un accouchement naturel. Elle commençait à un degré extrême, puis elle continuait en brûlant lentement la trompe. La morsure d'une coupure au scalpel n'est rien à côté d'un tel calvaire.

« Brusquement, j'ai senti la pointe incandescente attaquer ma trompe droite. Quand je les ai entendus rire, je n'ai plus trop su où je me trouvais. J'ai cru que j'étais dans une chambre de torture, et je ne comprenais pas pourquoi on me torturait sans même chercher à me faire parler [...]. Mon monde se réduisait à un petit cercle autour de la table d'opération. J'avais perdu la notion du temps, du passé et de l'avenir. Je n'éprouvais que la douleur, la terreur et l'horreur. Je me sentais isolée de toute l'humanité, profondément seule malgré les gens qui m'entouraient – et le cercle se refermait sur moi.

« J'ai dû remuer un peu dans mon supplice. Là, j'ai entendu une infirmière glisser à l'anesthésiste que la dose était trop légère. Il a ordonné de la renforcer et dit tranquillement : "Inutile de mettre ça dans le dossier." C'est le dernier souvenir que j'ai gardé.»

Dans les e-mails qu'elle m'a adressés par la suite, Nancy s'efforçait de saisir la réalité de l'événement traumatique.

« J'aimerais vous dire à quoi ressemble un flash-back. C'est comme si le temps était resserré ou déformé, que le passé fusionnait avec le présent, que j'étais physiquement transportée dans le passé. Tous les symboles liés au traumatisme, si anodins qu'ils soient dans la réalité, sont profondément contaminés et deviennent des objets

à redouter, à détruire si possible – du moins, à éviter. Par exemple, un fer sous toutes ses formes – à repasser, à friser, même un jouet – m'apparaissait comme un instrument de torture. Chaque vision d'une tenue opératoire me plongeait dans la confusion, me rendait physiquement malade et, parfois, consciemment furieuse.

« Mon mariage bat de l'aile – mon mari a fini par représenter tous ces gens insensibles [l'équipe chirurgicale] qui riaient en me faisant souffrir. Je vis dans une dualité. Un engourdissement m'enveloppe comme une couverture mais, parfois, le contact d'un petit enfant me rappelle au monde. L'espace d'un instant, je suis présente, vivante – pas seulement une observatrice.

« Curieusement, je m'en sors très bien dans mon travail, et on n'arrête pas de me complimenter. La vie continue avec ses mensonges.

« Il y a quelque chose de bizarre, d'étrange dans cette double existence. J'en ai assez. Pourtant, je ne peux pas renoncer à la vie, et je ne peux pas me raconter que si j'ignore la bête, elle va s'en aller. Bien des fois, j'ai pensé que je m'étais rappelé tous les épisodes de l'opération... jusqu'à ce qu'un autre me revienne.

« Beaucoup de fragments de ces trois quarts d'heure de ma vie me sont encore inconnus. Mes souvenirs restent incomplets et morcelés, mais je ne pense plus avoir besoin de tout savoir pour comprendre ce qui s'est passé.

« Lorsque la peur s'éloigne, je m'aperçois que je peux la supporter, mais je n'en suis pas tout à fait sûre. Le passé m'attire comme un aimant ; c'est la part sombre de ma vie ; et je dois l'habiter de temps en temps. Me battre est peut-être aussi un moyen de savoir que j'arrive à tenir – une reproduction de la lutte pour la survie, que j'ai apparemment gagnée, mais que je ne peux pas contrôler. »

Un premier signe de guérison est apparu lorsque Nancy a eu besoin d'une opération plus lourde. Elle a choisi un hôpital de Boston, demandé à rencontrer le chirurgien et l'anesthésiste pour les avertir de ce précédent, et m'a prié d'assister à l'intervention. Pour la première fois depuis des années, j'ai revêtu une blouse opératoire,

puis je l'ai escortée au bloc et suis resté à ses côtés pendant l'anesthésie. Cette fois-ci, elle s'est réveillée avec un sentiment de sécurité.

Deux ans plus tard, je lui ai écrit pour lui demander la permission d'utiliser son récit dans ce chapitre. Elle m'a informé des progrès de sa guérison : « J'aimerais pouvoir vous dire que l'opération à laquelle vous avez eu la gentillesse de m'accompagner a mis un terme à ma souffrance. Ce n'est malheureusement pas le cas. Au bout de six mois, j'ai fait deux choix qui se sont avérés judicieux : j'ai troqué ma thérapie comportementale contre une approche psychodynamique, et je me suis inscrite à un cours de Pilates.

« Vers la fin de ce travail, j'ai demandé à mon psychiatre pourquoi il n'avait pas cherché à me guérir, comme tant d'autres thérapeutes qui avaient vainement essayé de m'aider. Il m'a dit que, vu ce que j'avais réussi à faire avec mes enfants et dans ma carrière, il avait pensé que j'étais assez résiliente pour m'en sortir seule, s'il créait un environnement contenant pour cela. Cette séance hebdomadaire est devenue un refuge où j'ai réussi à démêler ce mystère : comment, alors que j'avais été aussi meurtrie, j'ai pu reconstruire un sentiment du moi complet (non fragmenté) et paisible (non tourmenté). Grâce au Pilates, j'ai trouvé une assise physique plus solide, et une communauté de femmes qui m'ont offert un soutien amical qui m'avait manqué depuis le traumatisme. Ce renforcement fondamental – psychologique, physique et social – m'a donné un sentiment de sécurité et de maîtrise qui a relégué mes souvenirs à un lointain passé et permis au présent et à l'avenir d'émerger. »

V

**LES VOIES
DE LA GUÉRISON**

GUÉRIR DU TRAUMATISME : RETROUVER LA MAÎTRISE DE SON MOI

« Je ne vais pas en thérapie pour savoir si je suis un monstre
Mais pour trouver, chaque semaine, la seule et unique réponse.
Et quand je parle de mon traitement, je sais ce que pensent les gens :
Qu'il vous rend seulement égoïste et amoureux du psy.
Mais, oh ! Comme j'ai aimé les autres
Lorsque j'ai pu, enfin, parler autant de moi. »

Dar Williams, What Do You Hear in These Sounds

Personne ne peut « soigner » une guerre, un abus sexuel, un viol, une agression – ni aucune autre atrocité ; les horreurs du passé ne peuvent être annulées. Ce que l'on peut traiter, ce sont les traces que le traumatisme laisse sur le corps, l'esprit et l'âme : la peur de perdre son sang-froid ; la vigilance constante par crainte d'un danger ou d'un rejet ; la haine de soi ; les cauchemars et les flash-back ; le brouillard qui empêche de se concentrer et de s'investir pleinement dans ce qu'on fait ; l'incapacité à ouvrir tout son cœur à une autre personne.

Le traumatisme prive du sentiment d'être maître de soi – ce que j'appelle le « self-leadership » dans les chapitres suivants¹. Quand on veut le surmonter, la difficulté consiste à reprendre possession de son corps et de son esprit – de son moi –, soit à se sentir libre de savoir ce que l'on sait et d'éprouver ce qu'on éprouve sans être bouleversé, honteux ou furieux. Pour la plupart des gens, cela

suppose de : 1) Trouver un moyen de se calmer et de se concentrer ; 2) Apprendre à garder ce calme face à des images, des pensées, des sons ou des sensations qui rappellent le passé ; 3) Arriver à être pleinement vivant dans le présent et investi dans ses rapports avec son entourage ; 4) Ne rien occulter, notamment les tactiques que l'on a mises en œuvre pour survivre.

Ces objectifs ne sont pas des étapes à franchir, une à une, dans un ordre immuable. En fait, ils se chevauchent et peuvent être plus ou moins difficiles à atteindre selon les patients. Les chapitres suivants contiennent des méthodes pour les mener à bien, présentées de manière à aider les traumatisés et à fournir des informations à leurs thérapeutes. Ces techniques serviront peut-être aussi aux gens temporairement stressés. Je les ai largement utilisées pour traiter mes patients et je les ai aussi expérimentées moi-même. Certains préféreront n'en utiliser qu'une mais, le plus souvent, les gens recourent à différentes approches selon les stades de leur rétablissement.

J'ai soumis à des recherches un grand nombre des traitements que je décris ici, et publié mes conclusions dans des revues commentées par mes pairs². Le but de ce chapitre est de donner une vue d'ensemble de leurs principes de base, un aperçu des thérapies qui sont encore en germe, et de brèves réflexions sur celles que je n'approfondirai pas.

UNE NOUVELLE OPTIQUE THÉRAPEUTIQUE

Quand on parle à une victime de traumatisme, on commence souvent par une question ou une histoire : « Que vous est-il arrivé à la guerre ? », « Vous a-t-on agressé sexuellement ? » ou « Parlons de ce viol ou de cet accident ». Or, le traumatisme ne se ramène pas à l'histoire d'un événement passé. Les émotions qui se sont imprimées quand il a frappé sont vécues, non comme des souvenirs, mais comme des sensations perturbatrices dans le présent.

Pour reprendre le contrôle de son moi, il faut revenir sur le traumatisme : tôt ou tard, on doit s'y confronter, mais seulement quand

on se sent assez en sécurité pour ne pas s'exposer à un nouveau choc. Il faut donc commencer par trouver des moyens de supporter d'être bouleversé par les émotions liées au passé.

Comme on l'a vu au début de ce livre, les moteurs des réactions post-traumatiques résident dans le cerveau émotionnel. Contrairement au cerveau rationnel, qui se manifeste par des pensées, le premier s'exprime par des réactions physiques telles que l'estomac noué, l'impression de cœur brisé, ou les postures typiques de la défense ou de la rage.

Pourquoi ne peut-on pas être simplement raisonnable ? Et la compréhension peut-elle aider ? Le cerveau exécutif, rationnel, aide à comprendre d'où viennent les sentiments (en nous disant, entre autres : « J'ai peur quand je m'approche d'un homme car mon père m'a violée »). Mais il ne peut pas *supprimer* les émotions, les sensations ou les pensées (comme se croire foncièrement ignoble, même si on sait rationnellement qu'on n'est pas responsable d'avoir été violé). Comprendre *pourquoi* on éprouve un sentiment ne change pas *ce que* l'on ressent. Cela peut, toutefois, empêcher de céder à des réactions extrêmes (agresser un patron qui nous rappelle notre violeur, rompre avec un amant au premier désaccord, ou sauter dans les bras d'un inconnu). Mais, plus on est épuisé, plus les émotions prennent le pas sur le cerveau rationnel³.

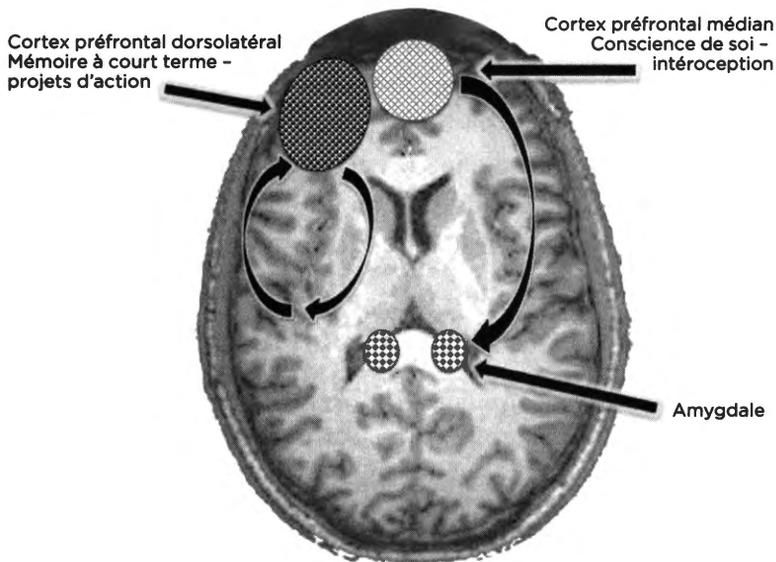
LA THÉRAPIE DU SYSTÈME LIMBIQUE

L'essentiel, quand on veut surmonter un stress traumatique, consiste à rétablir l'équilibre entre les cerveaux émotionnel et rationnel, pour pouvoir se sentir maître de ses réactions et diriger sa vie. Quand on est dans un état d'hyper- ou d'hypo-excitation, on dépasse son « seuil de tolérance » – la limite du fonctionnement optimal⁴. On devient réactif et désorganisé ; nos filtres cessent de marcher – les sons et les lumières nous perturbent, des images indésirables du passé surgissent dans notre esprit, on pique une crise ou on panique.

Si on est fermé, on se sent mentalement et physiquement engourdi; on a les idées lentes et du mal à se lever de son siège.

Tant qu'on est hyperexcité ou fermé, on ne peut pas tirer de leçons de l'expérience. Même si on arrive à se dominer, notre tension est telle que l'on est inflexible, têtu et déprimé. La guérison du traumatisme passe par le rétablissement des fonctions exécutives et de la capacité d'action, ce qui restaure la confiance en soi et les capacités ludiques et créatives.

Si on veut changer les réactions post-traumatiques, il faut accéder au cerveau émotionnel et pratiquer une « thérapie du système limbique » – c'est-à-dire réparer les systèmes d'alarme défectueux pour que le cerveau émotionnel vaille à ses tâches habituelles : offrir une présence calme et discrète qui se charge de l'entretien du corps en veillant à ce qu'il mange, dorme, échange avec ses proches et se défende contre le danger.



Accéder au cerveau émotionnel. Contrairement au cortex préfrontal médian - le siège de la conscience de soi -, la partie rationnelle, analytique du cerveau, centrée sur le cortex préfrontal dorsolatéral, n'a pas de liens directs avec le cerveau émotionnel, où se trouvent la plupart des traces du traumatisme.

Le neuroscientifique Joseph LeDoux et ses collègues ont montré que la seule manière d'accéder au cerveau émotionnel passe par la conscience de soi, c'est-à-dire par l'activation du cortex préfrontal médian, la zone du cerveau qui remarque ce qui se passe en soi et permet ainsi d'éprouver ce que l'on ressent⁵. (Le nom technique de ce processus est l'« intéroception » – du latin, « regarder à l'intérieur ».) La majeure partie du cerveau conscient est tournée vers le monde extérieur, chargée de l'entente avec les autres et de la conception des projets d'avenir. Or, cela n'aide pas à contrôler ses émotions. Les recherches en neurosciences montrent que le seul moyen de changer ce que l'on éprouve est de prendre conscience de son expérience *intérieure* et de pactiser peu à peu avec elle.

PACTISER AVEC LE CERVEAU ÉMOTIONNEL

1. TRAITER LA SUREXCITATION

Ces dernières décennies, la psychiatrie classique a fait principalement appel aux médicaments pour modifier les états émotionnels, et la pharmacothérapie est devenue l'approche généralement admise pour soigner l'hypo- et l'hyperexcitation. Je parlerai davantage des médicaments dans les pages qui vont suivre, mais je dois d'abord insister sur le fait que l'homme possède en lui de nombreux moyens de maintenir son équilibre. Au chapitre 5, nous avons vu comment les émotions sont inscrites dans le corps. 80% des fibres du nerf vague (qui relie le cerveau à une série d'organes internes) sont afférentes – c'est-à-dire courent du corps vers le cerveau⁶. Cela implique que nous pouvons exercer directement notre système d'excitation par notre manière de respirer, de scander et de bouger – une technique utilisée depuis des temps immémoriaux dans les pays d'Orient et la plupart des pratiques religieuses, mais que la culture occidentale qualifie avec méfiance d'« alternative ».

Une recherche, financée par les Instituts américains de la santé, a montré que dix semaines de yoga réduisaient nettement les

symptômes de SSPT des patients chez qui tous les traitements, même médicamenteux, avaient échoué⁷. (Je parlerai du yoga au chapitre 16.) Le neurofeedback, qui fait l'objet du chapitre 19, peut être aussi particulièrement efficace pour les enfants et les adultes qui sont si surexcités ou fermés qu'ils ont du mal à se concentrer et à établir des priorités⁸.

Apprendre à respirer calmement et à rester dans un état de détente relative, même en accédant à des souvenirs terrifiants, est essentiel pour surmonter le traumatisme⁹. Quand on prend des inspirations profondes, on remarque les effets du frein parasympathique sur son excitation (comme je l'ai expliqué au chapitre 5). Plus on reste concentré sur sa respiration, plus ses bienfaits augmentent, surtout si on maintient son attention jusqu'à la fin de l'expiration et qu'on attend un peu avant l'inspiration suivante. En continuant à respirer et à observer l'air qui entre et sort de ses poumons, on pourra penser au rôle de l'oxygène, qui nourrit l'organisme et insuffle aux tissus l'énergie nécessaire pour se sentir vivant et en prise. Le chapitre 16 montre en détail la portée de cette pratique simple sur l'ensemble du corps.

Comme la régulation émotionnelle est cruciale pour gérer les effets de l'abandon et du traumatisme, nous gagnerions beaucoup à ce que les psychiatres, les enseignants, les militaires et les familles d'accueil soient rompus à cette technique. Pour l'instant, elle reste largement du ressort des enseignants de maternelle, qui doivent composer tous les jours avec des cerveaux immatures et des conduites impulsives – et sont souvent très doués pour les maîtriser¹⁰.

Les écoles thérapeutiques occidentales, qui s'appuient sur la « *talking cure* » et les médicaments, ont prêté assez peu attention à l'autoguérison. Or, partout dans le monde, d'autres traitements se fondent sur la pleine conscience, le mouvement, les rythmes et l'action – comme le yoga en Inde, le tai-chi en Chine et les percussions dans toute l'Afrique. Les Japonais et les Coréens ont créé les arts martiaux, fondés sur le geste intentionnel et la concentration sur le présent, des facultés qui sont altérées chez les traumatisés.

L'aïkido, le judo, le kendo et le jujitsu, ainsi que la capoeira au Brésil, sont également de bons exemples. Toutes ces techniques thérapeutiques populaires en Orient utilisent le mouvement, la respiration et la méditation, mais, à part le yoga, elles ont été peu étudiées pour le traitement du SSPT.

2. PAS D'ESPRIT SANS PLEINE CONSCIENCE

La pleine conscience est à la base de la guérison. Les formules les plus importantes dans la thérapie du traumatisme sont : « Observez cela » et « Que se passe-t-il ensuite ? ». Les traumatisés vivent avec des sensations qui semblent intolérables : impressions de cœur brisé, gêne respiratoire ou terribles nausées. Pourtant, chercher à éviter de les éprouver augmente le risque qu'elles surviennent.

La conscience du corps nous met en contact avec notre monde intérieur, le paysage de notre organisme. Le simple fait de remarquer une irritation ou une anxiété nous aide aussitôt à changer de perspective et ouvre de nouvelles options, différentes de nos réactions automatiques habituelles. La pleine conscience, elle, aide à toucher la nature transitoire des sentiments et des perceptions. Quand on prête attention à ses sensations, on peut reconnaître les fluctuations de ses émotions et, ainsi, mieux les contrôler.

Les traumatisés ont souvent peur de ce qu'ils éprouvent. Ce sont moins leurs bourreaux (qui, on peut l'espérer, ne sont plus là pour leur nuire) que leurs sensations physiques qui sont devenus l'ennemi. L'angoisse d'être envahi par des sensations pénibles maintient leur corps bloqué et leur esprit fermé. Même si le traumatisme appartient au passé, leur cerveau émotionnel continue à produire des sensations qui les effraient et les paralysent. Il n'est guère étonnant que de nombreux traumatisés soient boulimiques, alcooliques, craignent de faire l'amour et évitent les activités sociales : leur monde sensoriel leur est largement interdit.

Pour sortir de ce cercle vicieux, ils doivent s'ouvrir à leur expérience intérieure. Le premier pas consiste à s'autoriser à se

concentrer sur leurs sensations et à remarquer qu'à l'inverse de l'expérience toujours présente du traumatisme, les sensations sont passagères et dues à de légers changements de position, du flux respiratoire et du fil des pensées. Une fois qu'on prête attention à ses sensations, on doit apprendre à les définir. Exemple : « Quand je suis anxieux, ma poitrine est comme dans un étouffement. » Là, je peux dire au patient : « Concentrez-vous sur cette sensation et voyez comment elle change quand vous expirez profondément, quand vous tapotez votre thorax sous la clavicule, ou que vous vous autorisez à pleurer. » Pratiquer la pleine conscience calme le système nerveux sympathique, ce qui rend moins sujet à verser dans la lutte ou la fuite¹¹. Apprendre à observer et à supporter ses réactions physiques est une condition essentielle pour revisiter le passé sans risque. Si on ne peut pas tolérer ce qu'on éprouve sur le moment, replonger dans le passé ne fera qu'aggraver la souffrance et le traumatisme¹².

On peut supporter une bonne dose de mal-être, tant qu'on garde à l'esprit que les turbulences du corps varient sans cesse. À un moment donné, on sent sa poitrine se serrer mais, après avoir pris une longue inspiration, suivie d'une expiration lente, cette sensation décroît et il arrive qu'on observe autre chose, peut-être une tension dans l'épaule droite. On peut alors commencer à explorer ce qui se passe lorsqu'on inspire plus profondément et qu'on constate que sa cage thoracique se dilate¹³. Quand on est plus calme et plus curieux, on peut revenir à cette sensation dans son épaule. Souvent, chose peu étonnante, un souvenir surgit spontanément auquel cette épaule est liée d'une façon quelconque.

L'étape suivante consiste à observer l'interaction entre ses pensées et ses sensations. Comment certaines pensées s'expriment-elles physiquement ? (Se dire, « Mon père m'aime » ou « Ma femme m'a quitté » crée-t-il des sensations différentes ?) S'apercevoir comment son corps organise des émotions ou des souvenirs permet de libérer des sensations et des impulsions que l'on a pu bloquer autrefois pour survivre¹⁴. Au chapitre 20, qui porte sur les bienfaits du théâtre, je montrerai plus en détail comment ça marche.

Jon Kabat-Zinn, un des pionniers de la médecine corps-esprit, a créé en 1979 une méthode de réduction du stress qui a été minutieusement testée pendant plus de trente ans : « Pour comprendre ce processus de transformation, dit-il, on peut voir la pleine conscience comme une lentille, qui rassemble les énergies de l'esprit dispersées et réactives pour en faire une source d'énergie cohérente au service de la vie, de la résolution des problèmes et de la guérison¹⁵. »

Il est aujourd'hui établi que la pleine conscience tempère de nombreux symptômes psychiatriques, psychosomatiques et liés au stress, parmi lesquels la dépression et les douleurs chroniques¹⁶. Elle a des effets considérables sur la santé physique, comme la baisse de la tension artérielle, des taux de cortisol et l'amélioration de la réponse immunitaire¹⁷. Il a été aussi prouvé qu'elle active les zones cérébrales impliquées dans la régulation émotionnelle¹⁸ et qu'elle induit des changements dans les zones liées à la peur et à la conscience du corps¹⁹. Une recherche faite par mes collègues de Harvard, Britta Hölzel et Sara Lazar, a révélé que pratiquer la pleine conscience réduit même l'activité du détecteur de fumée du cerveau qu'est l'amygdale, et modère ainsi la réactivité aux signaux d'alarme²⁰.

3. LES RELATIONS

De nombreuses études ont montré qu'avoir un bon réseau de soutien est la meilleure protection contre le traumatisme. La sécurité et la terreur sont incompatibles. Quand on est terrifié, rien ne calme davantage que la voix rassurante ou l'étreinte d'un proche. Les adultes effrayés répondent aux mêmes modes de réconfort que les enfants affolés : ils doivent être enlacés et bercés, sentir qu'une personne plus grande et plus forte les prend en charge. Pour pouvoir se remettre, l'esprit, le cerveau et le corps doivent être convaincus qu'ils peuvent lâcher prise. Ils ne se laissent aller que s'ils se sentent viscéralement protégés et se permettent d'associer ce sentiment de sécurité à des souvenirs d'impuissance passée.

Après un traumatisme intense – agression, accident ou catastrophe naturelle –, on a besoin de voix et de visages familiers, de contact physique, de nourriture, d'un refuge et d'un long sommeil. Il est crucial de communiquer, de près ou de loin, avec les êtres aimés, et de retrouver le plus tôt possible sa famille et ses amis dans un cadre apaisant. Les liens d'attachement sont la plus grande protection contre la menace. Par exemple, les enfants séparés de leurs parents après un événement traumatique risquent d'en garder durablement de graves séquelles. Des études menées en Angleterre, pendant la Seconde Guerre mondiale, ont montré que les petits Londoniens envoyés à la campagne pendant le Blitz ont été plus perturbés que ceux restés en famille dans la capitale, exposés aux nuits dans les caves, à la vue des immeubles en ruine et des corps des victimes²¹.

Les traumatisés se remettent grâce aux relations humaines : avec leurs proches ou des thérapeutes professionnels. Le rôle de ces liens est de leur donner une sécurité physique et émotionnelle – contre leur sentiment de honte, de jugement ou de blâme – et le courage de supporter et d'affronter la réalité de l'événement traumatique.

Comme nous l'avons vu, une bonne partie des connexions des circuits cérébraux est consacrée à l'harmonie avec autrui. Pour venir à bout du traumatisme, il faut renouer avec ses semblables. Voilà pourquoi un traumatisme lié aux relations humaines est généralement plus difficile à traiter que ceux dus aux accidents de la route ou aux catastrophes naturelles. Dans notre société, les traumatismes les plus courants des femmes et des enfants sont causés par les conjoints et les parents. La violence conjugale, la maltraitance et les abus sexuels infantiles sont tous infligés par des gens censés aimer leurs victimes. Cela brise le plus grand rempart contre le traumatisme : la protection offerte par les proches.

Si les gens dont on recherche naturellement le soutien sont terrifiants ou rejetants, on apprend à se fermer et à ne pas écouter ses sentiments²². Comme je l'ai dit dans la troisième partie de ce livre, quand un enfant est maltraité par ses parents, il doit trouver

d'autres moyens de supporter sa peur, sa colère ou sa frustration. Affronter seul sa terreur crée une autre série de problèmes : dissociation, désespoir, addiction, panique chronique – et des relations marquées par l'aliénation, le détachement et des explosions de rage. Les patients qui ont ces antécédents associent rarement leur traumatisme passé à leurs sentiments et à leurs comportements actuels. Tout leur semble simplement ingérable.

Le soulagement ne vient que lorsqu'ils peuvent reconnaître ce qui leur est arrivé et les démons invisibles avec lesquels ils se débattent. Rappelez-vous les hommes dont j'ai parlé au chapitre 11, qui avaient été victimes d'un prêtre pédophile. Ils allaient au gymnase, prenaient des anabolisants, étaient forts comme des bœufs – mais souvent, durant nos entretiens, ils agissaient comme des enfants effrayés ; au fond d'eux-mêmes, les petits garçons blessés se sentaient encore vulnérables.

Si le contact humain et l'écoute sont la source de l'autorégulation physiologique, dans bien des cas, la promesse de l'intimité crée une peur d'être blessé, trahi et abandonné. La honte pousse, qui plus est, à raisonner ainsi : « Dès que tu me connaîtras vraiment, que tu auras découvert comme je suis malsain, tu m'abandonneras. » Le traumatisme irrésolu peut être ravageur pour les relations humaines. Si on garde le cœur brisé parce qu'un être aimé nous a agressé, on peut craindre de souffrir à nouveau si l'on redonne sa confiance. Dès lors, on risque de heurter involontairement les autres avant même qu'ils aient pu nous blesser.

Cela pose un vrai problème pour la guérison. Une fois qu'on reconnaît que ses réactions post-traumatiques ont été, à l'origine, des efforts pour survivre, on pourra trouver le courage d'affronter sa musique (ou sa cacophonie) intérieure, mais on aura besoin d'être soutenu dans cette tâche. On devra trouver quelqu'un à qui on se fierait suffisamment pour nous accompagner, qui pourra contenir nos sentiments sans danger et nous aider à écouter les messages douloureux de notre cerveau émotionnel – un guide qui n'aura pas peur de notre terreur, qui pourra contenir notre rage la plus noire,

et sauvegarder notre intégrité pendant qu'on explorera les expériences fragmentées qu'on a dû longtemps se cacher. La plupart des traumatisés ont besoin d'être encadrés pour faire ce travail.

Choisir un thérapeute professionnel

Pour bien soigner le traumatisme, il faut connaître à fond les effets du choc traumatique, de la maltraitance et de la négligence, et maîtriser diverses techniques concourant : 1) À stabiliser et calmer les patients; 2) À les aider à enterrer leurs souvenirs et leurs reviviscences traumatiques; 3) À les faire renouer avec leur entourage. Dans l'idéal, on aura suivi à titre personnel le genre de thérapie qu'on pratique.

S'il est déplacé et contraire à l'éthique qu'un thérapeute s'étende sur ses propres difficultés, un patient a parfaitement le droit de lui demander à quelle sorte de thérapie il s'est formé, et s'il a lui-même tiré un bienfait de celle qu'il propose.

Il n'existe pas de « traitement de choix » pour le traumatisme, et un thérapeute qui juge que sa méthode est la seule réponse à vos problèmes risque d'être plus un idéologue qu'une personne intéressée par votre bien-être. Nul ne peut connaître tous les traitements efficaces, et votre thérapeute doit être ouvert aux options d'exploration que vous suggérez et à ce que vous pourrez lui apprendre vous-même.

Êtes-vous foncièrement à l'aise avec ce thérapeute ? Est-il bien dans sa peau et détendu avec vous ? Se sentir en sécurité est indispensable pour affronter ses peurs et ses angoisses. Un thérapeute rigide, agité, ou enclin à juger peut inspirer une crainte, un sentiment d'abandon et d'humiliation qui ne vous aidera pas à résoudre votre stress traumatique. De plus, le traitement remuera peut-être des sentiments du passé, vous portant à le soupçonner de ressembler à une personne qui vous a maltraité. Avec un peu de chance, vous pourrez analyser cela ensemble car, dans mon expérience, la cure n'est bénéfique que si les patients développent des sentiments positifs pour leur thérapeute. Je crois aussi que, pour changer et

s'épanouir, il est indispensable de sentir qu'on produit un certain effet sur la personne qui vous soigne.

Une chose, surtout, est capitale : Avez-vous l'impression que votre thérapeute est curieux de découvrir qui *vous* êtes et ce dont *vous*, pas une quelconque « victime de traumatisme », avez besoin ? À ses yeux, êtes-vous juste une liste de symptômes ou prend-il le temps de chercher pourquoi vous faites ce que vous faites et pensez ce que vous pensez ? La thérapie est un processus collaboratif – une exploration mutuelle de votre moi.

Les patients qui ont été brutalisés par leurs parents se sentent souvent menacés par la terre entière. Je leur demande, en général, s'ils peuvent se rappeler une personne avec qui ils se sentaient en sécurité dans leur enfance. Beaucoup s'accrochent à la figure d'un enseignant ou d'un voisin qui leur a témoigné de l'intérêt et, dans bien des cas, c'est ce souvenir qui les pousse à renouer avec l'humanité. Nous sommes une espèce pleine d'espoir. Pour surmonter un traumatisme, il est aussi important de se rappeler les moyens qu'on a déployés pour survivre que d'analyser ce qui a été brisé en soi.

Je demande également à mes patients d'imaginer le nouveau-né qu'ils ont été – s'il était attachant et plein d'audace. Tous se retrouvent dans ce portrait et gardent une vague image de ce à quoi ils ressemblaient avant d'être blessés.

Certains n'arrivent à évoquer personne avec qui ils se sentaient en sécurité. Pour eux, côtoyer des chevaux ou des chiens peut être plus rassurant que se frotter à des humains. Ce principe donne d'excellents résultats dans de nombreux cadres thérapeutiques : programmes de traitement en institution, de réinsertion de vétérans – et même des prisons. Maria, une étudiante de la première promotion du Van der Kolk Center²³, arrivée à quatorze ans mutique et incontrôlable, a dit, en recevant son diplôme, que s'être vu confier la responsabilité de panser un cheval avait été pour elle un déclic. Son attachement croissant à l'animal l'avait suffisamment rassurée pour qu'elle commence à se lier avec les soignants, puis à se concentrer sur ses cours, à passer des tests d'aptitude et à être admise à l'université²⁴.

4. LES RYTHMES COMMUNAUTAIRES ET LA SYNCHRONIE

Dès notre venue au monde, nos relations s'incarnent dans les gestes, les visages et le contact des gens qui nous entourent. Comme on l'a vu au chapitre 7, ce sont les fondements de l'attachement. Le traumatisme crée une rupture dans la synchronie physique. Quand on entre dans la salle d'attente du Trauma Center, on distingue aussitôt les patients du personnel à leur visage figé et à leur corps prostré (mais aussi agité). Malheureusement, beaucoup de thérapeutes ne tiennent pas compte de ce genre de messages et se concentrent seulement sur le discours de leurs patients.

Le pouvoir thérapeutique de la communauté – tel qu'il s'exprime par la musique et les rythmes – m'est apparu pleinement lorsque je suivais, au printemps 1997, le travail de la commission Vérité et réconciliation en Afrique du Sud. Dans certains endroits où j'allais, subsistait une violence terrible. Un jour, j'ai assisté à une réunion de victimes de viol dans la cour d'une clinique d'un township, près de Johannesburg. Je pouvais entendre des balles siffler au loin, voir des nuages de fumée et sentir des gaz lacrymogènes. Plus tard, j'ai appris que quarante personnes avaient été tuées.

Pourtant, même si j'étais dans un cadre terrifiant, j'ai aussitôt reconnu toutes ces femmes : elles étaient écroulées sur le sol – tristes et figées – comme bien des victimes de viol que j'avais vues dans des groupes de thérapie à Boston. J'ai perçu un sentiment d'impuissance familier et, entouré par ces femmes effondrées, j'ai été gagné par leur abattement. Puis, l'une d'elles s'est mise à fredonner, en se balançant d'arrière en avant. Lentement, un rythme s'est imposé. Une à une, les autres l'ont imitée. Bientôt, le groupe entier s'est mis à chanter, à se balancer et s'est levé pour danser. C'était une transformation incroyable : des êtres qui se ranimaient, des visages qui se répondaient, des corps retrouvant leur vitalité. Je me suis juré d'appliquer la leçon qui m'était donnée et d'étudier comment le rythme, le chant et le mouvement peuvent aider à soigner le traumatisme.

J'approfondirai tout cela au chapitre 20 – portant sur le théâtre – qui montre comment des groupes de jeunes (dont des délinquants et des adolescents à risque) apprennent graduellement à travailler ensemble et à compter les uns sur les autres – que ce soit en jouant une scène de comédie musicale ou de spectacle de cape et d'épée. Certains m'ont dit combien le chant choral, l'aïkido, le tango ou la boxe française les avaient aidés, et j'ai plaisir à transmettre leurs conseils à d'autres patients.

J'ai aussi beaucoup appris sur le rôle du rythme dans la guérison quand le Trauma Center a pris en charge Ying Mee, une fillette mutique de cinq ans qui avait été adoptée dans un orphelinat en Chine. Après des mois de vaines tentatives pour établir un contact avec elle, mes collègues Deborah Rozelle et Liz Warner se sont aperçues que son système de communication rythmique ne fonctionnait pas : elle ne réagissait pas aux voix ni aux visages des gens qui l'entouraient. Cela les a portées à se tourner vers la thérapie psychocorporelle²⁵.

La clinique d'intégration sensorielle de Watertown, dans le Massachusetts, est un merveilleux terrain de jeux, équipé de balançoires, de piscines à balles multicolores (si profondes qu'on peut y disparaître), de tunnels en plastique invitant à ramper et d'échelles menant à des plates-formes d'où l'on peut se jeter sur des matelas en mousse. Des soignants ont placé Ying Mee dans une piscine à balles, ce qui l'a aidée à éprouver des sensations sur sa peau. Ils l'ont poussée sur les balançoires et l'ont fait ramper sous des couvertures lestées. Au bout de six semaines, un déclic s'est produit – et elle a commencé à parler²⁶.

Sa guérison spectaculaire nous a conduits à ouvrir une clinique d'intégration sensorielle au Trauma Center. Nous n'avons pas encore exploré tous les bienfaits de cette méthode sur les adultes traumatisés, mais j'introduis souvent des expériences d'intégration sensorielle dans mes séminaires.

Apprendre à être synchrone est pour les parents (et leurs enfants) une merveilleuse expérience de réciprocité. La thérapie interactive parent-enfant favorise cet apprentissage, de même que le traitement

sensorimoteur par régulation de l'excitation – deux techniques que mes collègues ont développées au Trauma Center²⁷.

Dans les jeux d'équipe, on se sent physiquement synchrone et on éprouve un sentiment de joie et de lien. Les exercices d'improvisation (comme ceux que l'on trouve sur <http://learnimprov.com/>) sont aussi un fabuleux moyen d'aider les gens à se comprendre par le plaisir et l'exploration. Dès qu'on voit des patients moroses éclater de rire, on sait que le sortilège de la souffrance a été brisé.

5. ENTRER EN CONTACT

Le traitement classique du traumatisme s'est très peu intéressé aux méthodes qui aident les patients terrifiés à éprouver leurs émotions sans danger, les remplaçant par des médicaments comme les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine, le Risperdal et le Seroquel²⁸. Or, la manière la plus naturelle d'apaiser sa souffrance consiste à être touché, enlacé et bercé. Cela calme l'hyperexcitation et donne le sentiment d'être intact, protégé et maître de soi.

Le toucher, le moyen le plus élémentaire que nous avons pour nous calmer, est banni de la plupart des pratiques thérapeutiques. Mais on ne peut pas entièrement guérir si on ne se sent pas bien dans sa peau. Voilà pourquoi j'incite tous mes patients à faire un travail sur le corps, que ce soit un massage, la méthode Feldenkrais, ou l'ostéopathie crânienne.

J'ai interrogé ma somatothérapeute préférée, Licia Sky, sur son expérience des traumatisés. Voici quelques-unes de ses réponses : « Je n'entame jamais de séance sans établir un contact personnel. Je ne demande pas aux gens de me raconter leur vie. Je ne cherche pas à savoir ce qui leur est arrivé ni à quel point ils sont traumatisés. Je note où ils en sont, là maintenant, dans leur corps. Je leur demande juste s'ils ont quelque chose à me signaler. Pendant ce temps, j'évalue leur posture : s'ils me regardent dans les yeux, s'ils sont détendus ou crispés ; s'ils s'ouvrent à moi ou pas.



Dessin de Rembrandt : *La guérison de la belle-mère de saint Pierre.*

Les gestes de réconfort sont universellement reconnaissables et reflètent le pouvoir curatif du toucher.

« La première chose que je dois évaluer, c'est s'ils se sentiront plus calmes sur le dos ou le ventre. Quand je ne les connais pas, je commence sur le dos. Je suis très attentive à leurs vêtements : je veille à ce qu'ils soient rassurés par ceux qu'ils veulent garder. Ce sont des limites importantes à fixer dès le départ.

« Ensuite, quand je les touche pour la première fois, je le fais d'une main ferme et sûre. Sans brusquerie et sans forcer. Sans aller trop vite. Mon geste est lent, facile à suivre pour le patient, doux et rythmé. Il peut être aussi vigoureux qu'une poignée de main. Le premier endroit que je palpe est leur bras ou leur avant-bras, parce

que c'est le point de contact le plus anodin, où ils peuvent eux aussi me toucher.

« On doit atteindre leur point de résistance – celui qui est le plus tendu – et y appliquer une quantité d'énergie équivalente. Cela libère la tension. Il ne faut pas hésiter – ça trahirait un manque de confiance en soi – mais faire un geste lent, allié à une bonne écoute du patient. On doit toucher les gens avec beaucoup d'assurance et d'empathie, pour que la pression du contact rencontre leur tension intérieure. »

Quels sont les effets du travail sur le corps ? « Tout comme on a besoin de s'hydrater, on peut avoir soif de toucher, m'a répondu Licia. C'est réconfortant de sentir un contact profond, doux, ferme et réactif. Le toucher et le mouvement conscient ancrent dans la terre et permettent de découvrir des tensions si anciennes qu'on ne les sent même plus. Quand on vous touche, on réveille la partie du corps concernée.

« Le corps est entravé si les émotions sont nouées en lui. Les gens raidissent les épaules, crispent les muscles du visage. Ils passent énormément de temps à retenir leurs larmes, un geste, un son qui pourraient trahir leur état profond. Lorsque les tensions se relâchent, les sentiments peuvent se libérer. Le mouvement aide à approfondir la respiration et à émettre des sons expressifs. Le corps devient plus libre – il respire plus facilement et s'ouvre à la communication. Le toucher permet de vivre dans un corps qui peut bouger en réponse aux émotions.

« Les patients terrifiés ont besoin d'avoir une notion de la position et des limites de leur corps dans l'espace. Un contact ferme et rassurant leur montre où elles se trouvent : ce qui est à l'extérieur, là où leur corps s'arrête. Ils découvrent qu'ils n'ont pas toujours besoin de se demander qui ils sont ni où – que leur corps est solide et qu'ils ne doivent pas être constamment sur leurs gardes. Le toucher leur dit qu'ils sont en sécurité. »

6. PASSER À L'ACTION

Le corps réagit aux expériences extrêmes en sécrétant des hormones du stress – auxquelles on attribue bien souvent les maladies qui s'ensuivent. Toutefois, ces hormones ont pour rôle de donner la force et l'endurance de réagir aux agressions. Les gens qui *agissent* face à une catastrophe – en sauvant des inconnus ou des proches, en transportant des blessés aux urgences – en font un bon usage et risquent ainsi bien moins d'être traumatisés. (Toutefois, chacun a son point de rupture, et même la personne la mieux préparée peut être dépassée par l'ampleur du défi.)

L'immobilisation et l'impuissance empêchent d'utiliser ses hormones du stress pour se défendre. Quand on est coincé, on continue à en sécréter, mais les gestes qu'elles doivent stimuler sont contrariés. Finalement, les modes d'activation qu'elles étaient vouées à promouvoir se retournent contre l'organisme, attisant des réactions de lutte, de fuite et de blocage. Pour revenir à un fonctionnement normal, cette urgence persistante doit prendre fin. Le corps a besoin de retrouver un état fondamental de sécurité et de détente, à partir duquel il pourra se mobiliser en réponse à un vrai danger.

Pour remédier à ce problème, mes amis Pat Ogden et Peter Levine ont conçu chacun d'excellentes thérapies corporelles, la psychothérapie sensorimotrice²⁹ et l'expérimentation somatique³⁰. Dans ces techniques, l'exploration des sensations physiques, de la place et de la forme des traces traumatiques sur le corps, prime sur l'histoire du choc initial. Avant de plonger dans l'examen complet du traumatisme, les patients sont amenés à développer les ressources intérieures qui favorisent un accès sans risque aux émotions qui les ont envahis quand il a frappé. Peter Levine appelle ce processus la « pendulation » – un doux mouvement d'ouverture-fermeture aux sensations et aux souvenirs traumatiques, un va-et-vient qui permet aux patients d'augmenter graduellement leur seuil de tolérance.

Dès lors que ces derniers peuvent supporter d'avoir conscience de ce qu'ils ont ressenti physiquement pendant le traumatisme, ils sont amenés à découvrir des impulsions puissantes – un besoin de repousser, de frapper ou de courir – qu'ils ont éprouvés sur le moment mais ont dû réprimer pour survivre. Ces impulsions se manifestent par des mouvements subtils : contraction, élan ou recul. C'est par l'amplification de ces mouvements et l'expérimentation d'autres manières de faire que débute le processus permettant d'aller jusqu'au bout de ces « tendances à l'action » (mouvements avortés), bloquées par le traumatisme, et que la résolution de celui-ci peut s'envisager. Les thérapies somatiques peuvent aider à se resituer dans le présent en faisant sentir que l'on peut bouger en toute sécurité. Éprouver le plaisir d'agir efficacement restaure un sentiment de maîtrise et de capacité à se protéger activement.

En 1893, Pierre Janet, le premier grand explorateur du traumatisme, a écrit sur « le plaisir de l'accomplissement », que j'observe régulièrement dans ma pratique de la psychothérapie sensorimotrice et de l'expérimentation somatique : quand des patients peuvent sentir physiquement ce qu'ils auraient éprouvé en fuyant ou en ripostant, ils se détendent, sourient et expriment un sentiment de complétude.

Les gens forcés de se soumettre à un pouvoir écrasant – comme la plupart des enfants violés, des femmes piégées dans la violence conjugale et des prisonniers – survivent souvent avec une résignation docile. Le meilleur moyen de vaincre des habitudes de soumission ancrées consiste à rétablir la capacité physique d'attaquer et de se défendre. Une de mes techniques préférées pour développer de bonnes réactions de lutte ou de fuite est un cours d'autodéfense qui apprend aux femmes (et à un nombre croissant d'hommes) à repousser activement une attaque simulée³¹. Ce cours a été créé en 1971 à Oakland, en Californie, après le viol d'une femme qui était ceinture noire de karaté. Ses amis, se demandant pourquoi une athlète capable de tuer à mains nues n'avait pas riposté, en ont conclu que la peur lui avait fait perdre ses moyens. En termes scientifiques,

ses fonctions exécutives – ses lobes frontaux – s'étaient déconnectées, et elle s'était figée. Ce cours aide les femmes à reconditionner leur réaction d'immobilisation en répétant à maintes reprises l'attaque qu'elles ont subie, pour transformer leur peur en énergie combative.

Il a été suivi par une de mes patientes, une étudiante qui avait été maltraitée sans arrêt dans son enfance. Quand je l'ai rencontrée, elle était effondrée, déprimée et maladivement docile. Trois mois plus tard, à la cérémonie où on lui a remis son diplôme, elle a repoussé brillamment un grand costaud qui a fini recroquevillé par terre (protégé de ses coups par une tenue épaisse) pendant qu'elle l'affrontait, les bras levés en position de karaté, en hurlant « Non ! » d'une voix calme et claire.

Peu après, un soir où elle rentrait à pied vers minuit, trois hommes ont jailli des buissons en hurlant : « Donne-nous ton fric, salope ! » Elle m'a dit plus tard qu'elle avait répliqué, en prenant la même posture de karaté : « D'accord, les mecs, il y a longtemps que j'attends ça. Je commence par qui?... » Ils ont déguerpi. Si on marche voûté, trop effrayé pour regarder autour de soi, on offre une proie facile aux sadiques, mais quand on avance en projetant le message : « Ne me cherchez pas », on ne risque pas d'être importuné.

L'INTÉGRATION DES SOUVENIRS TRAUMATIQUES

On ne peut pas mettre les événements traumatiques derrière soi tant qu'on ne peut pas commencer à reconnaître ce que l'on a subi et les démons invisibles contre lesquels on lutte. La psychothérapie traditionnelle s'est concentrée sur la construction d'un récit qui explique l'origine des souffrances des patients ou, comme l'a dit Freud en 1914 dans *Remémoration, répétition et perlaboration*³² : « Alors que le patient vit le traumatisme comme un fait réel et présent, nous devons accomplir la tâche thérapeutique qui consiste essentiellement à le retransplanter dans le passé. » Il est important de raconter l'histoire;

sans histoires, le souvenir se fige ; et sans souvenir, on ne peut pas imaginer que les choses puissent être différentes. Mais, comme on l'a vu dans la quatrième partie de ce livre, raconter l'événement ne garantit pas la suppression définitive des souvenirs traumatiques.

Cela pour la raison suivante : lorsqu'on évoque un événement banal, on ne revit pas les sensations physiques, les émotions, les odeurs ou les sons liés à celui-ci. En revanche, quand on se rappelle pleinement un traumatisme, le passé resurgit. On est englouti par ses composantes émotionnelles ou sensorielles. Les scanners cérébraux de Stan et Ute Lawrence, les victimes d'une catastrophe routière qu'on a vues au chapitre 4, montrent comment cela se produit. Lorsque Stan se rappelait cet accident horrible, deux zones clés de son cerveau se désactivaient : celle qui donne la notion du temps et de la perspective, qui permet de savoir que le choc a eu lieu mais qu'on est maintenant en sécurité, et une autre qui intègre dans une histoire cohérente les images, les sons et les sensations du traumatisme. Quand ces parties du cerveau sont déconnectées, on vit le traumatisme non comme un événement avec un début, un milieu et une fin, mais sous forme de fragments d'images, de sensations et d'émotions.

Lorsqu'on veut traiter un traumatisme, il est indispensable que toutes les structures cérébrales restent engagées. Dans le cas de Stan, une désensibilisation et un retraitement par les mouvements oculaires (l'EMDR) lui ont permis d'accéder à ses souvenirs sans plus être ébranlé par eux. Quand on maintient l'activité des aires cérébrales dont l'absence crée les flash-back pendant qu'un patient se remémore son choc traumatique, il peut l'intégrer comme un événement du passé.

La dissociation d'Ute (rappelez-vous, elle s'était complètement fermée) a compliqué la thérapie d'une autre manière. Chez elle, aucune des structures cérébrales nécessaires pour s'investir dans le présent n'était activée, ce qui rendait son traumatisme impossible à traiter. Sans cerveau présent, éveillé, l'intégration et la résolution ne peuvent pas se faire. Il a fallu l'aider à repousser son seuil de tolérance pour qu'elle puisse affronter ses symptômes de SSPT.

Entre la fin du XIX^e siècle, l'époque de Freud et Janet, et la seconde moitié du XX^e siècle, l'hypnose a été le traitement le plus courant contre le traumatisme. Comme je l'ai dit au chapitre 12, on peut encore voir sur YouTube, dans *Que la lumière soit* de John Huston, des soldats traumatisés soignés par cette méthode. L'hypnose a perdu son crédit au début des années 1990, et il n'existe pas d'études récentes sur son efficacité dans le traitement du SSPT. Toutefois, elle peut induire un état de calme relatif, où l'on peut examiner sans danger ses expériences traumatiques. Comme cette aptitude à s'observer tranquillement est un facteur crucial de l'intégration des souvenirs traumatiques, il est probable que l'hypnose, sous une forme quelconque, connaîtra une nouvelle vogue.

LA THÉRAPIE COMPORTEMENTALE ET COGNITIVE (TCC)

La plupart des facultés de psychologie enseignent la thérapie comportementale et cognitive. Conçue à l'origine pour traiter les phobies, comme la peur des araignées, des avions ou le vertige, la TCC amène les patients à comparer leurs peurs irrationnelles avec des réalités inoffensives. Le but consiste à les désensibiliser graduellement de ces peurs par un rappel réitéré de leurs pires frayeurs. Pour ce faire : 1) On utilise leurs récits ou des images (l'« exposition in imagino ») ; 2) On les place dans de vraies situations anxiogènes – mais sans danger (l'« exposition in vivo ») ; 3) Ou on les expose à une réalité virtuelle via des scènes simulées par ordinateur – par exemple, à un combat dans les rues de Falloujah s'il s'agit d'anciens combattants.

La thérapie comportementale et cognitive se fonde sur le principe que, lorsqu'on est exposé à maintes reprises à un stimulus angoissant sans que rien de grave se produise, il nous perturbera de moins en moins ; les mauvais souvenirs finiront par s'associer à l'information « corrective » que l'on n'a rien à craindre³³. La TCC tente aussi d'aider les patients à affronter leur tendance à l'évitement

(cas typique : le refus de parler de leur phobie)³⁴. Cela paraît simple mais, comme on l'a vu, revivre le traumatisme réactive le système d'alarme du cerveau et déconnecte les zones cérébrales requises pour intégrer le passé, ce qui ne favorise pas la guérison.

L'exposition prolongée (l'« immersion ») a été étudiée de façon plus approfondie que tout autre traitement du SSPT. Par exemple, on demande à des gens de « se concentrer sur le matériel traumatique [...] sans se laisser distraire³⁵ ». Or, une recherche a montré qu'il fallait au moins cent minutes d'immersion (où des facteurs anxiogènes leur sont présentés à un rythme soutenu) pour commencer à constater une réduction de l'angoisse³⁶. L'exposition aide parfois à modérer la peur et l'anxiété, mais son aptitude à tempérer des émotions complexes, telles que la culpabilité, n'a pas été prouvée³⁷.

Alors que la TCC est efficace pour combattre les peurs irrationnelles comme celle des araignées, elle a donné de moins bons résultats chez les traumatisés – notamment les victimes de maltraitance infantile. Seuls 30 % des patients qui vont jusqu'au bout des expériences de TCC présentent une amélioration³⁸. Ils ont généralement moins de symptômes de SSPT, mais se remettent rarement complètement : la plupart continuent à avoir de gros problèmes de santé, de travail ou de mal-être psychique³⁹.

Plus d'un tiers des participants à la plus grande étude sur le sujet ont abandonné. Les autres se plaignaient de nombreux effets indésirables. Après trois mois de TCC, la majorité des femmes souffraient encore d'un traumatisme aigu, et seules 15 % n'avaient plus de symptômes majeurs de SSPT⁴⁰. Une analyse de tous les travaux scientifiques sur la TCC montre qu'elle agit à peu près autant qu'une thérapie de soutien⁴¹. Les traitements par exposition sont particulièrement inefficaces chez les patients atteints d'une « défaite psychique » – ceux qui ont baissé les bras⁴².

Le problème des traumatisés n'est pas seulement qu'ils restent coincés dans le passé, mais qu'ils ne sont pas pleinement vivants dans le présent. Une forme de thérapie par exposition, la thérapie

par la réalité virtuelle, propose aux vétérans des lunettes de haute technologie qui permettent de rejouer la bataille de Falloujah avec un réalisme criant. À ma connaissance, les marines s'en sortaient parfaitement au combat. Le problème, c'est qu'ils ne peuvent pas supporter le retour au pays. Des études récentes sur des vétérans australiens montrent que les circuits électriques de leur cerveau ont été reprogrammés pour qu'ils soient hyperattentifs aux urgences, aux dépens des menus détails de la vie quotidienne⁴³. (Nous en apprendrons davantage sur ce point au chapitre 19, qui traite du neurofeedback.) Plus que d'une thérapie par la réalité virtuelle, les traumatisés ont besoin d'une cure par le « monde réel », qui les aide à se sentir aussi vivants en jouant avec leurs enfants qu'ils l'étaient dans les rues de Bagdad.

Revivre un traumatisme ne peut être bénéfique que si on n'est pas submergé par lui. Une étude sur des vétérans du Vietnam, conduite au début des années 1990 par mon collègue Roger Pitman⁴⁴, en est un bon exemple. À l'époque, j'allais dans son laboratoire toutes les semaines explorer avec lui le rôle des endorphines dans le SSPT. Pitman me montrait les vidéos de ses séances de traitement et nous échangeons nos observations. Il exhortait les vétérans à revenir à maintes reprises sur chaque détail de ce qu'ils avaient vécu au Vietnam, mais il a dû interrompre son étude car ils étaient souvent paniqués par leurs flash-back, et leur effroi persistait après les séances. Plusieurs d'entre eux ont laissé tomber, et beaucoup en sont sortis encore plus déprimés, anxieux et violents; certains ont réagi à la recrudescence de leurs symptômes par une phase d'alcoolisme, ce qui a redoublé leur violence – et leur humiliation, car leur famille les a fait hospitaliser d'office.

LA DÉSENSIBILISATION

Ces dernières décennies, le principal traitement du SSPT enseigné en faculté de psychologie a été la désensibilisation systématique, qui vise à rendre les patients moins réactifs à certaines émotions.

Mais est-ce bien le but à poursuivre ? Au lieu de les désensibiliser, il faut les aider à intégrer – à mettre l'événement traumatique à sa juste place dans le cours de leur vie.

La désensibilisation me fait penser au petit garçon – il doit avoir cinq ans – que j'ai vu récemment devant ma maison. Son père hurlait à pleins poumons pendant qu'il arpentait ma rue sur son tricycle. Le petit était impassible, alors que mon cœur battait la chamade et que je me retenais de frapper ce type. Quelle dose de brutalité lui avait-il fallu pour anesthésier un si jeune enfant à sa violence ? Son indifférence à ses cris devait résulter d'une longue exposition mais, me suis-je demandé, à quel prix ? Oui, on peut consommer des médicaments qui atténuent les émotions ou chercher à se désensibiliser. Quand j'étais en médecine, on apprenait aux étudiants à garder un esprit analytique lorsqu'ils devaient soigner des enfants brûlés au troisième degré. Mais, comme l'a montré le neuroscientifique Jean Decety, se désensibiliser à sa douleur ou à celle des autres mène à émousser totalement sa sensibilité émotionnelle⁴⁵.

Un rapport de 2010, portant sur 49 425 soldats admis à la clinique des vétérans à leur retour d'Irak ou d'Afghanistan, a montré que moins d'un homme sur dix avait suivi la cure de désensibilisation recommandée⁴⁶. Comme pour les vétérans du Vietnam étudiés par Roger Pitman, la thérapie par exposition, telle qu'elle est pratiquée actuellement, marche rarement. Nous ne pouvons « traiter » les expériences horribles que si elles ne nous déstabilisent pas – et cela implique de recourir à d'autres approches.

LA DROGUE PEUT-ELLE FACILITER L'ACCÈS AU TRAUMATISME ?

Pendant mes études de médecine, j'ai passé l'été 1966 à travailler pour Jan Bastiaans, un professeur de l'université de Leyde, aux Pays-Bas, connu pour avoir soigné par LSD des survivants de la Shoah. Il prétendait avoir obtenu des résultats spectaculaires, mais quand des confrères ont passé en revue ses archives, ils n'ont pas

trouvé grand-chose à l'appui de ses dires. Par la suite, le potentiel des psychotropes dans le traitement du traumatisme a été négligé jusqu'en 2010, date à laquelle la FDA* a autorisé Michael Mithoefer** et ses collègues à faire une expérience sur la MDMA (l'ecstasy). Cette dernière avait été inscrite en 1985 sur la liste des substances contrôlées, après avoir servi de drogue euphorisante pendant des années. À l'instar du Prozac et d'autres agents psychotropes, son mode d'action est assez mal connu mais, de fait, elle augmente les taux de plusieurs hormones importantes, comme l'ocytocine, la vasopressine, le cortisol et la prolactine⁴⁷. De plus, chose précieuse pour le traumatisme, elle avive la conscience de soi. Les consommateurs d'ecstasy disent souvent qu'ils ressentent davantage d'énergie empathique, accompagnée de lucidité, de curiosité, d'assurance, de créativité et d'ouverture aux autres. Mithoefer et ses collègues recherchaient un médicament qui puisse renforcer l'efficacité de la psychothérapie, et ils se sont intéressés à la MDMA parce qu'elle diminue la peur, l'attitude défensive et l'engourdissement, tout en aidant à accéder à l'expérience intérieure⁴⁸. L'ecstasy, ont-ils pensé, permettrait peut-être aux patients de maintenir leur seuil de tolérance, donc de revisiter leurs souvenirs traumatiques sans souffrir d'une excitation émotionnelle et physiologique écrasante.

Les études pilotes initiales ont confirmé cet espoir⁴⁹. La première, à laquelle participaient des anciens combattants, des pompiers et des policiers traumatisés, a donné des résultats positifs. Lors de l'étude suivante, portant sur vingt victimes d'agression qui n'avaient pas réagi à d'autres thérapies, douze patients ont pris de la MDMA, et huit un placebo. Assis ou couchés dans une pièce confortable, tous ont suivi deux séances de psychothérapie de huit heures, fondées sur

* Food and Drug Administration, agence qui teste les aliments et les médicaments aux États-Unis. (N.D.T.)

** Psychiatre de Caroline du Sud spécialisé dans le traitement du syndrome de stress post-traumatique, notamment intéressé par les méthodes de thérapie expérimentale. (N.D.T.)

la thérapie par l'*Internal Family System* (l'IFS), le Système familial intérieur dont je parlerai davantage au chapitre 17. Deux mois plus tard, 83% des patients qui avaient pris de l'ecstasy et suivi une psychothérapie ont été jugés complètement guéris, contre 25% de ceux qui avaient absorbé un placebo. Aucun n'a présenté d'effets indésirables. Chose peut-être plus intéressante, quand les sujets ont été interviewés un an après la fin de l'étude, ils avaient conservé leurs acquis.

Lorsque l'on peut observer le traumatisme à partir de l'état de pleine conscience et de calme que le Système familial intérieur nomme le « Self » (un terme sur lequel je reviendrai au chapitre 17), le cerveau et l'esprit sont capables de l'intégrer dans la trame générale de la vie. Le Système familial intérieur est très différent des techniques classiques de désensibilisation, qui visent à émousser la réaction des patients aux horreurs du passé. L'IFS, lui, travaille sur l'intégration et l'association – pour transformer des atrocités qui nous ont jadis bouleversés en souvenirs d'événements écoulés depuis longtemps.

Toutefois, les drogues psychédéliques sont des agents puissants à l'histoire assez trouble. On peut en faire mauvais usage si on les administre inconsidérément sans bien maintenir les limites thérapeutiques. Espérons que la MDMA ne sera pas une nouvelle cure magique sortie de la boîte de Pandore.

ET LES MÉDICAMENTS ?

Les hommes ont toujours utilisé des substances multiples pour remédier au stress traumatique. Chaque culture et chaque génération ont leurs préférences : gin, vodka, bière ou whisky ; haschich ou cannabis ; cocaïne ; les opiacés comme l'Oxycontin ; les tranquillisants de type Valium, Xanax et Klonopin. Quand les hommes sont désespérés, ils font n'importe quoi pour se sentir plus calmes et maîtres d'eux-mêmes⁵⁰.

La psychiatrie dominante s'inscrit dans cette tendance. Ces dix dernières années, les départements de la Défense et des Anciens Combattants ont dépensé plus de 4,5 milliards de dollars en

antidépresseurs, antipsychotiques et anxiolytiques. En 2010, un rapport interne du Centre pharmaco-économique du département de la Défense a montré que 213 972 soldats, soit 20 % des troupes actives, prenaient des psychotropes sous diverses formes : antidépresseurs, antipsychotiques, sédatifs hypnotiques ou autres substances contrôlées⁵¹.

Or, les médicaments ne peuvent pas « soigner » le traumatisme – juste modérer les expressions d’une physiologie perturbée – ni inculquer les leçons durables de l’autorégulation. Ils peuvent aider à contrôler les sentiments et le comportement – mais cela a un prix, car ils agissent en inhibant les systèmes chimiques qui régulent l’engagement, la motivation, le plaisir et la douleur. Certains de mes collègues restent optimistes : de respectables scientifiques continuent à parler de leur quête du Graal insaisissable qui réinitialisera les circuits cérébraux de la peur (comme si un seul circuit du cerveau contribuait au stress traumatique). Moi-même, je prescris régulièrement des médicaments.

Tous les groupes d’agents psychotropes, ou presque, ont été utilisés pour traiter les divers aspects du SSPT⁵². Les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS), comme le Prozac, le Zolof, l’Effexor et le Paxil, ont été les plus étudiés et peuvent rendre les sentiments moins vifs et la vie plus tenable. Les patients sous ISRS se sentent plus calmes, ce qui facilite souvent l’entrée en thérapie. D’autres ont l’impression que les ISRS les privent de leur acuité. J’aborde, pour ma part, le traitement sur un mode empirique, en « voyant ce qui marche » – chose dont le patient est seul juge. Mais, si un ISRS s’avère inopérant, il est souvent utile d’en essayer un autre, car ils possèdent tous des effets légèrement différents. Le fait qu’ils soient largement utilisés pour soigner la dépression est intéressant, mais une étude comparant l’action du Prozac à celle de l’EMDR (désensibilisation et retraitement par les mouvements oculaires) chez des traumatisés également déprimés a montré que l’EMDR était un meilleur antidépresseur que ce médicament⁵³. Je reviendrai là-dessus au chapitre 15⁵⁴.

Les produits qui ciblent le système nerveux autonome, comme le propranolol ou la clonidine, peuvent aider à réduire l'hyperexcitation et la réactivité au stress⁵⁵. Cette famille de médicaments agit en inhibant les effets de l'adrénaline, le carburant de l'excitation, ce qui diminue les cauchemars, l'insomnie et la réactivité aux déclencheurs du traumatisme⁵⁶. Inhiber l'adrénaline peut aider à maintenir le cerveau rationnel activé et rend les choix possibles : « Ai-je vraiment envie de faire ça ? » Depuis que j'ai commencé à intégrer le yoga et la pleine conscience dans ma pratique, j'utilise moins souvent ces médicaments, juste de temps en temps pour améliorer le sommeil de mes patients.

Les traumatisés ont tendance à aimer les tranquillisants, les benzodiazépines comme le Klonopin, le Valium, le Xanax et l'Ativan. À bien des égards, ils agissent comme l'alcool, en calmant et en dissipant les inquiétudes. (Les propriétaires de casino adorent les clients sous benzodiazépines : ils perdent sans ciller et continuent à jouer.) Mais de même que l'alcool, ces anxiolytiques créent une désinhibition excessive. Bien des médecins de ville répugnent à en prescrire, parce qu'ils peuvent créer une dépendance et empêcher de traiter le traumatisme. Les gens qui cessent d'en prendre après un usage prolongé souffrent d'un état de manque, ce qui les rend agités et augmente leurs symptômes post-traumatiques.

Je donne parfois à mes patients de faibles doses de benzodiazépines à consommer en cas de besoin, mais pas assez pour un usage quotidien. Ils doivent choisir le moment où ils prennent leur précieux cachet, et je leur demande de noter ce qui s'est passé quand ils ont décidé de le faire. Cela nous donne une chance de parler des incidents particuliers qui ont rendu sa prise nécessaire.

Certaines études ont montré que les anticonvulsifs et les stabilisateurs de l'humeur, comme le lithium ou le valproate, peuvent avoir des effets modérément positifs, en réduisant l'excitation et la panique⁵⁷. Les médicaments les plus controversés sont les antipsychotiques de deuxième génération, tels que le Risperdal et le Seroquel, les neuroleptiques les plus vendus aux États-Unis

(14,6 milliards de dollars en 2008). Ils peuvent être utiles à faible dose pour calmer les vétérans et les femmes souffrant d'un SSPT lié à une maltraitance infantile⁵⁸. Les prescrire est parfois justifié, notamment aux patients totalement incontrôlables, incapables de dormir, ou chez qui d'autres méthodes ont échoué⁵⁹. Mais il importe de savoir qu'ils agissent en inhibant la sécrétion de la dopamine, le système de récompense du cerveau, qui est aussi le moteur du plaisir et de la motivation.

Les antipsychotiques comme le Risperdal, l'Abilify ou le Seroquel peuvent nettement refroidir le cerveau émotionnel, donc tempérer la nervosité et la colère, mais ils entravent aussi la capacité à apprécier les signaux subtils de plaisir, de satisfaction ou de danger. De plus, ils peuvent causer des pertes de poids, augmenter les risques de diabète et rendre les patients apathiques, ce qui peut redoubler leur sentiment d'aliénation. Ces médicaments sont largement utilisés pour soigner les enfants maltraités, considérés à tort comme bipolaires. Aux États-Unis, plus d'un demi-million d'enfants et d'adolescents prennent des antipsychotiques, ce qui peut les calmer mais aussi nuire à leur développement et à leurs relations avec leur classe d'âge⁶⁰. Une étude récente, conduite à l'université de Columbia, a trouvé que les ordonnances d'antipsychotiques pour les deux à cinq ans sous assurance privée avaient doublé entre 2000 et 2007⁶¹. Seuls 40% de ces bambins avaient été soumis à un examen pédopsychiatrique.

La compagnie pharmaceutique Johnson & Johnson a même fait scandale en distribuant des Lego marqués Risperdal dans les salles d'attente des pédopsychiatres. Les enfants des familles déshéritées sont quatre fois plus exposés à la prescription d'antipsychotiques que ceux qui bénéficient d'une assurance privée. Au Texas, Medicaid a dépensé, en une seule année, 96 millions de dollars en antipsychotiques pour les enfants et adolescents – dont trois bébés non identifiés de moins d'un an⁶². Personne n'a jamais fait de recherches sur les effets des psychotropes sur le cerveau en développement. En général, aucun de ces médicaments n'a d'effets sur la dissociation, l'automutilation, l'amnésie et les souvenirs fragmentés.

L'étude sur le Prozac dont j'ai parlé au chapitre 2 a été la première à découvrir que les civils traumatisés réagissaient beaucoup mieux aux médicaments que les vétérans⁶³. Depuis, d'autres études ont abouti aux mêmes résultats. On peut donc s'inquiéter que les départements de la Défense et des Anciens Combattants prescrivent énormément de médicaments aux soldats et aux jeunes vétérans, souvent sans les associer à d'autres thérapies. Entre 2001 et 2011, ils ont dépensé, respectivement, 1,5 milliard et 90 millions de dollars en Seroquel et en Risperdal, alors qu'en 2001, un article de recherche avait montré que le Risperdal n'agissait pas plus qu'un placebo dans le traitement du SSPT⁶⁴. De même, entre 2001 et 2012, le département des Anciens Combattants a dépensé 72,1 millions et celui de la Défense 44,1 millions de dollars en benzodiazépines⁶⁵ – des médicaments que les médecins évitent en général de prescrire aux civils traumatisés, car ils peuvent créer une dépendance et manquent d'efficacité pour les symptômes du SSPT.

LA VOIE DE LA GUÉRISON EST LE CHEMIN DE LA VIE

Au premier chapitre, je vous ai présenté un patient, Bill, que j'ai rencontré il y a plus de trente ans à la clinique des anciens combattants. Bill fait partie des patients qui m'ont beaucoup appris, et notre relation reflète mon évolution dans le traitement du traumatisme.

Bill avait servi comme médecin au Vietnam entre 1967 et 1971 et, après son retour, il a tenté d'utiliser les compétences qu'il avait acquises à l'armée pour travailler dans le service des brûlés d'un hôpital local. Soigner les blessés l'épuisait et il était à cran, mais il ignorait totalement que ces problèmes étaient liés avec ce qu'il avait vécu au Vietnam. Après tout, le diagnostic du SSPT n'existait pas encore et, à Boston, les Irlandais de la classe moyenne « n'allaient pas chez les psys ». Quand il a quitté l'hôpital pour entrer au séminaire et devenir pasteur, ses cauchemars et son insomnie se sont un

peu calmés. C'est seulement après la naissance de son premier fils, en 1978, qu'il a demandé à se faire aider.

Les cris de son bébé déclenchaient des flash-back dans lesquels il voyait, entendait et sentait des enfants mutilés et brûlés au Vietnam. Il était tellement agité que certains de mes collègues de la clinique des anciens combattants ont voulu l'hospitaliser pour traiter ce qu'ils considéraient comme une psychose. Mais quand nous avons commencé à travailler sur ses troubles et qu'il s'est senti en confiance avec moi, il m'a peu à peu confié ce qu'il avait vu au Vietnam et, avec le temps, il a pu supporter ses sentiments sans en être ébranlé. Cela l'a aidé à s'occuper de son bébé et à achever sa formation au séminaire. Deux ans plus tard, il exerçait dans sa propre paroisse, et nous avons jugé que sa thérapie était finie.

Je n'ai plus eu de contacts avec lui jusqu'à ce qu'il me rappelle, dix-huit ans après notre première rencontre. Il souffrait exactement des mêmes symptômes – cauchemars, flash-back, impression de devenir fou – qu'après la naissance de son fils. Ce dernier venait d'atteindre sa majorité, et Bill l'avait accompagné à son inscription au service militaire – dans la caserne d'où il avait été lui-même envoyé au Vietnam. J'en savais maintenant beaucoup plus sur le traitement du stress traumatique, et nous nous sommes attaqués aux souvenirs précis de ce qu'il avait vu, entendu et ressenti à la guerre, des détails qu'il avait eu trop peur d'évoquer lors de son traitement initial. Il pouvait maintenant intégrer ces souvenirs grâce à l'EMDR, pour qu'ils ne soient plus des embarquements immédiats pour l'enfer du Vietnam. Une fois qu'il s'est senti plus calme, il a voulu revenir sur son enfance : sur son éducation brutale et sa culpabilité d'avoir laissé son jeune frère schizophrène sans protection contre les crises de violence de leur père, quand il s'était engagé pour le Vietnam.

Un autre thème important de nos séances était sa souffrance au quotidien dans son métier de pasteur, lorsqu'il enterrait des jeunes gens qu'il avait baptisés, ou voyait la violence miner des couples qu'il avait unis. Après avoir travaillé là-dessus, Bill a créé un groupe

de soutien pour d'autres pasteurs confrontés aux mêmes traumatismes, et il est devenu un pilier de sa communauté.

Cinq ans plus tard, je l'ai revu pour la troisième fois quand, à cinquante-trois ans, il a contracté une maladie neurologique. Brusquement frappé d'épisodes de paralysie, il commençait à accepter l'idée de passer le reste de sa vie en fauteuil roulant. J'ai pensé que ses problèmes venaient peut-être d'une sclérose en plaques, mais ses neurologues ne lui ont pas trouvé de lésions précises et l'ont déclaré incurable. Bill m'a dit à quel point il s'estimait heureux du soutien de sa femme. Elle prévoyait déjà l'installation d'une rampe d'accès pour fauteuil roulant à l'entrée de leur maison.

Compte tenu de la gravité de son pronostic, j'ai vivement conseillé à Bill de trouver un moyen d'éprouver pleinement et d'accepter ses sensations pénibles, comme il avait appris à supporter ses pires souvenirs de guerre. Je lui ai suggéré de consulter un somatothérapeute qui m'avait présenté la méthode Feldenkrais, une technique douce, manuelle, qui aide à réorganiser les sensations physiques et les mouvements musculaires. Quand il est revenu me donner de ses nouvelles, il m'a exprimé sa joie de se sentir davantage maître de lui. Je lui ai appris que je m'étais mis récemment au yoga et que nous commençons à utiliser cette technique au Trauma Center – et je l'ai invité à l'essayer.

Bill a rapidement trouvé un cours de yoga Bikram, une pratique intensive, réservée d'habitude aux personnes jeunes et énergiques. Il a adoré ça, même si, de temps en temps, certaines parties de son corps ne suivaient pas. Malgré son handicap, il a acquis un sentiment de maîtrise et de plaisir physique qu'il n'avait jamais éprouvé jusque-là.

Sa thérapie l'avait aidé à reléguer dans le passé les horreurs qu'il avait vécues au Vietnam. Fraterniser avec son corps lui permettait maintenant de ne plus organiser sa vie autour de sa diminution physique. Il a décidé de devenir professeur de yoga, puis il s'est mis à enseigner cette pratique dans une caserne, aux soldats revenant d'Irak et d'Afghanistan.

Aujourd'hui, dix ans plus tard, Bill est toujours pleinement investi dans sa vie – auprès de ses enfants et de ses petits-enfants, dans son église et son travail avec les anciens combattants. Il voit ses limitations comme une simple gêne. À ce jour, il a donné des cours de yoga à plus de 1 300 vétérans. Il souffre encore régulièrement d'une faiblesse soudaine dans les membres, qui l'oblige à s'asseoir ou à s'étendre. Mais, tout comme ses souvenirs d'enfance et du Vietnam, ces épisodes ne l'accaparent pas. Ils font simplement partie du flux et du reflux de sa vie.

LE LANGAGE : MIRACLE ET TYRANNIE

« Donnez la parole à la douleur : le chagrin qui ne parle pas murmure au cœur gonflé l'injonction de se briser. »

William Shakespeare, *Macbeth**

« Nous pouvons à peine supporter de regarder. L'ombre contient peut-être le meilleur de la vie que nous n'avons pas vécue. Allez à la cave, à la poubelle, au grenier. Trouvez un animal qui n'a pas été nourri ni abreuvé – c'est vous!! Cette créature négligée, exilée, avide d'attention, est une partie de votre moi. »

Marion Woodman** (citée par Stephen Cope
dans *The Great Work of Your Life*)

En septembre 2001, plusieurs organisations américaines, dont les Instituts de santé, le groupe pharmaceutique Pfizer et la fondation du *New York Times* ont chargé des comités d'experts de préconiser les meilleurs traitements pour les gens qui avaient été traumatisés par les attaques du World Trade Center. Comme

* *Macbeth*, coll. « Librio Théâtre », Paris, J'ai Lu, trad. de François-Victor Hugo, 2016. (N.D.T.)

** Née en 1928 au Canada, Marion Woodman est une poétesse et psychanalyste jungienne. (N.D.T.)

beaucoup de thérapies courantes du traumatisme n'avaient jamais été soigneusement évaluées dans des communautés aléatoires (contrairement à celles qui consultent un psychiatre), cela m'a paru une occasion extraordinaire de comparer l'efficacité de diverses approches. Mes confrères étaient plus circonspects et, après de longues délibérations, les comités n'ont conseillé que deux formes de traitement : la thérapie d'inspiration analytique et la thérapie comportementale et cognitive. Pourquoi la « *talking cure* » ? Manhattan étant l'un des derniers bastions de la psychanalyse freudienne, il aurait été malvenu d'exclure une grande partie de ses psys. Pourquoi la TCC ? Comme la thérapie comportementale peut se décomposer en étapes concrètes et en protocoles standardisés, c'est le traitement préféré des chercheurs, qu'on ne pouvait pas non plus écarter. Une fois les recommandations approuvées, nous avons attendu que les New-Yorkais frappent à la porte des thérapeutes. Ce qu'ils ont rarement fait.

Le docteur Spencer Eth, qui dirigeait le service de psychiatrie de l'hôpital St. Vincent*, à Greenwich Village, était curieux de savoir quel genre de traitement les rescapés avaient recherché. Au début de l'année 2002, il a interrogé 225 personnes qui s'étaient échappées des tours jumelles. Quand il leur a demandé ce qui les avait le plus aidées à surmonter les effets du choc, elles ont répondu l'acupuncture, les massages, le yoga et l'EMDR – dans cet ordre¹. Parmi les sauveteurs, le yoga était particulièrement apprécié. Ces réponses suggèrent que les interventions les plus utiles s'étaient centrées sur le soulagement des maux physiques liés au traumatisme. La disparité entre ce qu'éprouvaient les rescapés et les recommandations des experts pique la curiosité. Bien sûr, on ne sait pas combien de survivants ont suivi ultérieurement des thérapies plus traditionnelles. Mais leur manque d'intérêt apparent pour la « *talking cure* » soulève une question essentielle : à quoi cela sert-il de parler de son traumatisme ?

* Grand hôpital catholique de New York, fermé en 2010 pour cause de faillite et détruit. (N.D.T.)

LA VÉRITÉ INDICIBLE

Les thérapeutes croient dur comme fer à la capacité du verbe à résoudre le traumatisme. Cette conviction remonte à 1893, l'année où Freud et son mentor Breuer écrivaient que les symptômes du trauma disparaissaient « immédiatement et sans retour quand on réussissait à mettre en pleine lumière le souvenir de l'incident déclenchant, à éveiller l'affect lié à ce dernier et quand, ensuite, le malade décrivait ce qui lui était arrivé de façon forte détaillée et en donnant à son émotion une expression verbale² ».

Ce n'est, malheureusement, pas aussi simple. Les événements traumatiques sont presque impossibles à verbaliser. C'est vrai pour tout le monde, pas seulement pour les victimes d'un SSPT. Les empreintes initiales des attentats du 11-Septembre n'étaient pas des histoires, mais des images : des gens courant éperdument dans la rue, couverts de cendres ; un avion fonçant sur la première tour du World Trade Center ; les petits points formés, au loin, par des gens sautant main dans la main. Ces images ont repassé en boucle à la télévision et dans nos esprits, jusqu'au moment où les médias et le maire de New York, Giuliani, nous ont aidés à créer un récit commun.

Dans *Les Sept Piliers de la sagesse*, T. E. Lawrence a parlé ainsi de son expérience de la guerre : « Nous apprenions qu'il y avait des souffrances trop vives, des peines trop profondes, des extases trop intenses pour que notre moi limité puisse les engranger. Quand l'émotion atteignait cette extrémité, l'esprit se fermait ; et la mémoire s'effaçait jusqu'à ce que les circonstances soient à nouveau banales³. » Alors que le traumatisme rend muet de stupeur, la voie de la guérison est pavée de mots, soigneusement assemblés, un à un, jusqu'à ce que toute l'histoire puisse se révéler.

BRISER LE SILENCE

Les premiers hommes qui ont milité pour la prise de conscience du sida ont créé un slogan percutant : « Le silence est la mort ». Ne pas parler du traumatisme mène aussi à la mort – celle de l'âme. Le silence renforce l'isolement maudit du traumatisme. Pouvoir dire à voix haute : « J'ai été violée », « Mon mari me battait » ou « Je ne m'en sors pas depuis mon retour d'Irak » est signe que la guérison peut commencer.

On croit peut-être vaincre sa terreur, son chagrin ou sa honte en gardant le silence, mais nommer offre une forme de maîtrise différente. Quand Adam a été chargé du règne animal dans la Genèse, il a commencé par donner un nom à toutes les créatures vivantes.

Si l'on a été blessé, il faut reconnaître ce qui nous est arrivé. Je le sais d'expérience. Tant que je n'ai pas eu de lieu où j'ai pu m'autoriser à savoir ce que j'éprouvais à trois ans quand mon père m'enfermait dans la cave pour des peccadilles, j'ai été habité par des sentiments d'abandon et d'exclusion. Ce n'est que lorsque j'ai pu parler de ce que ressentait ce petit garçon et lui pardonner d'avoir été aussi effrayé et soumis que j'ai commencé à apprécier le plaisir de ma propre compagnie. Se sentir écouté et compris change la physiologie; pouvoir exprimer une impression complexe et voir ses sentiments reconnus est une révélation pour le cerveau limbique. Au contraire, se heurter à l'incompréhension et au silence tue l'esprit. Ou, comme l'a dit si mémorablement Bowlby : « Ce que l'enfant ne peut pas communiquer à sa mère, il ne peut pas se le formuler à lui-même. »

Si on occulte le fait qu'un oncle nous a sexuellement agressé dans notre enfance, une multitude de signaux nous feront réagir comme un animal sentant l'orage, par une réponse du corps entier aux hormones qui nous crient : « Danger ! » Sans langage ni contexte, la conscience peut se limiter à cette seule impression : « J'ai peur. » Mais, à force de vouloir garder son calme, on risque d'éviter tout ce

qui nous rappelle, même vaguement, ce traumatisme. On peut, sans savoir pourquoi, passer alternativement d'un état d'inhibition à une attitude crispée, réactive ou explosive.

Tant qu'on se cache la vérité, on est foncièrement en guerre contre soi-même. Étouffer ses sentiments profonds absorbe énormément d'énergie, empêche de poursuivre des buts salutaires, épuise et mène à se fermer. Entre-temps, les hormones du stress, continuant d'inonder notre corps, provoquent des maux de tête, des douleurs musculaires, des problèmes sexuels – et des comportements irrationnels qui peuvent nous gêner ou heurter nos proches. Ce n'est qu'après avoir identifié la cause de ces réactions que l'on peut commencer à comprendre que les sentiments sont, parfois, des signes révélateurs de problèmes criants.

Ignorer sa réalité intérieure sape aussi le sentiment du moi, l'identité et la motivation. La psychologue clinicienne Edna Foa et ses collègues ont mis au point « L'Inventaire des cognitions post-traumatiques », pour évaluer ce que les patients pensent d'eux-mêmes⁴. Les symptômes du SSPT comprennent souvent des énoncés comme : « Je me sens mort à l'intérieur », « Je ne pourrai jamais plus éprouver des émotions normales » ou « Je suis définitivement brisé ».

L'étape cruciale consiste à se permettre de reconnaître ce que l'on sait au fond de soi. Cela demande énormément de courage. Dans *Partir à la guerre*⁵, le vétéran du Vietnam Karl Marlantes lutte contre ses souvenirs d'ancien marine et se confronte à la dissociation terrible qu'il a perçue en lui : « Pendant des années, je n'avais pas conscience que je devais m'affranchir de cette dissociation et personne, après mon retour, ne me l'a signalée... Pourquoi pensais-je qu'il n'y avait qu'un seul homme en moi ? Une partie de moi aime tuer, mutiler et torturer. Je ne suis pas totalement ainsi. J'ai d'autres aspects qui sont, en fait, tout le contraire, et dont je suis fier. Alors, suis-je un tueur ? Moitié oui, moitié non. Suis-je un tortionnaire ? Seulement en partie. Lire un article sur un enfant maltraité

m'inspire-t-il de l'horreur et de la tristesse ? Oui, mais est-ce qu'il me fascine⁶ ? »

Marlantes nous dit que, pour trouver le chemin de la guérison, il a dû apprendre à dire la vérité, si brutale soit-elle.

Faute d'un sens global de la souffrance, on a toujours besoin de justifier la mort, la destruction et la peine – ce qui porte à inventer et à mentir, afin de combler ce manque de sens. « Je n'avais jamais pu dire à personne ce qui se passait en moi. Du coup, j'ai refoulé ces images pendant des années. Je n'ai commencé à réintégrer cette partie dissociée de ma vie qu'après avoir vraiment commencé à imaginer ce gosse comme un enfant, le mien peut-être. Puis, soudain, est venue cette tristesse accablante... et la guérison. Intégrer ses sentiments de tristesse, de rage [ou autres] avec ses actes devrait être la procédure habituelle pour tous les soldats qui ont tué en face. Cela ne demande pas une formation psychologique complexe. Il suffit de se regrouper sous la houlette d'un camarade de section qui a appris pendant quelques jours à animer les groupes, et d'inciter les gens à parler⁷. »

Mettre sa terreur en perspective et la confier aux autres peut rétablir le sentiment d'appartenance à l'espèce humaine. Quand, dans un groupe thérapeutique, les vétérans du Vietnam que je soignais ont pu parler des horreurs qu'ils avaient vues et commises, ils ont commencé à ouvrir leur cœur à leur compagne.

LE MIRACLE DE LA DÉCOUVERTE DU MOI

Découvrir son moi par la parole est toujours une révélation, même si trouver les mots pour dire sa réalité intérieure peut être un processus angoissant. Voilà pourquoi je trouve le récit d'Helen Keller sur la manière dont elle est « née au langage » tellement stimulant.

Quand Helen avait dix-neuf mois et commençait tout juste à parler, une infection virale l'a privée de la vue et de l'ouïe. Devenue sourde, aveugle et muette, cette enfant pleine de vie s'est muée en

créature solitaire et indomptée. Après avoir passé cinq ans à désespérer, ses parents ont engagé une préceptrice atteinte d'une cécité partielle, Anne Sullivan, pour lui venir en aide. Anne s'est mise aussitôt à lui apprendre l'alphabet manuel, en épelant les mots dans sa main lettre par lettre, mais il lui a fallu dix semaines pour arriver à communiquer avec l'enfant sauvage. Elle a rompu son isolement en épelant « eau » dans une main de la fillette, tout en tenant l'autre sous une pompe à eau.

Helen a évoqué cet instant plus tard dans *Histoire de ma vie*⁸ (1903) : « L'eau ! Ce mot a fait tressaillir mon âme, et elle s'est éveillée, pleine du parfum de la matinée... Jusqu'alors, mon esprit avait été comme une chambre enténébrée, attendant que les mots entrent pour allumer la lampe de la pensée. J'ai appris une foule de mots ce jour-là. »

Connaître les noms des choses a permis à Helen non seulement de se représenter intérieurement la réalité physique, invisible et inaudible autour d'elle, mais de se trouver : six mois plus tard, elle a commencé à dire « Je ».

L'histoire d'Helen Keller me fait penser aux enfants maltraités, rebelles et fermés que l'on voit dans nos établissements thérapeutiques. Avant d'acquérir le langage, Helen était déroutée et centrée sur elle-même – une créature qu'elle a plus tard qualifiée de « fantôme » ; et, de fait, ces enfants ressemblent à des spectres avant de pouvoir découvrir qui ils sont et se sentir assez en sécurité pour dire leur souffrance.

Dans un livre paru en 1908, *Le monde où je vis*, Helen a décrit à nouveau la naissance de son moi : « Avant l'arrivée de ma préceptrice, j'ignorais que j'existais. Je vivais dans un monde qui était un non-monde... Je n'avais ni pensée ni intelligence... Je peux me souvenir de tout cela, non parce que j'en avais conscience, mais parce que j'ai une mémoire tactile. Grâce à elle, je me rappelle que je n'avais jamais plissé le front pour me livrer à la réflexion⁹. »

Helen ne pouvait pas communiquer ses souvenirs palpables, mais apprendre le langage lui a donné accès à une communauté. À huit

ans, entrer à l'Institut Perkins, l'école pour aveugles de Boston, a élargi son horizon : « Oh, quel bonheur ! écrivit-elle plus tard. Pouvoir parler librement avec d'autres enfants ! Se sentir chez soi dans le vaste monde ! »

Sa découverte du langage avec l'aide d'Anne Sullivan rend bien l'essence d'une relation thérapeutique : trouver les mots là où, auparavant, ils faisaient défaut, et pouvoir ainsi confier sa peine et ses sentiments les plus forts. C'est une des expériences les plus profondes de l'espèce humaine et cette résonance, qui permet de découvrir, de prononcer et de saisir des mots inexprimés jusque-là, est essentielle pour briser l'isolement du traumatisme – surtout si on a été ignoré ou réduit au silence. La communication sans réserve est l'opposé du SSPT.

SE CONNAÎTRE OU RACONTER SON HISTOIRE ? NOTRE DOUBLE SYSTÈME DE CONSCIENCE

Néanmoins, quiconque se lance dans une « *talking cure* », une cure par la parole, se heurte tout de suite aux limites du langage. J'en ai moi-même fait l'expérience au début de mon analyse. J'ai beau parler facilement, je me suis vite aperçu qu'il m'était très difficile d'éprouver profondément mes sentiments et de les confier à autrui en même temps. Quand je touchais aux moments les plus intimes, les plus pénibles ou les plus déroutants de ma vie, j'étais souvent forcé de faire un choix : je pouvais soit me concentrer sur l'évocation des scènes du passé et me laisser aller à ressentir ce que j'avais éprouvé à l'époque, soit en faire un récit rationnel à mon analyste. Quand j'optais pour la dernière solution, je perdais rapidement contact avec moi-même et commençais à penser uniquement à *son avis* sur mes paroles. Le moindre signe de jugement ou de doute me poussait à me fermer, et je ne songeais plus qu'à regagner son approbation.

Depuis, la recherche en neurosciences a montré que l'homme possède deux formes de conscience de soi : l'une suit le moi à

travers le temps, l'autre le capte dans l'instant présent. La première, le moi autobiographique, crée des liens entre les expériences et les assemble dans une histoire cohérente. Ce système est ancré dans le langage. Nos récits changent à mesure que nous les racontons, que notre perspective évolue et que nous intégrons de nouveaux apports.

L'autre système, la conscience de soi immédiate, se fonde avant tout sur les sensations physiques mais, quand on se sent en sécurité et qu'on n'est pas bousculé, on peut aussi trouver les mots pour exprimer cette expérience. Ces deux modes de connaissance se situent dans différentes parties du cerveau, qui sont pour l'essentiel coupées l'une de l'autre¹⁰. Seul le système de la conscience de soi instantanée, qui siège dans le cortex préfrontal médian, peut influencer sur le cerveau émotionnel.

Il m'est arrivé de voir ces deux systèmes fonctionner en simultané dans les groupes de vétérans que j'ai animés. Les soldats racontaient des histoires atroces de destruction et de mort, mais parallèlement, leur posture révélait une fierté et un esprit de corps. De même, beaucoup de patients me parlent de la famille heureuse où ils ont grandi, alors qu'ils ont la voix tendue et le dos voûté. Le premier système crée une histoire destinée aux autres et, si on la raconte assez souvent, on peut finir par croire qu'elle contient toute la vérité. Mais le second reflète une autre vérité : comment on vit les choses au plus profond de soi. C'est à celui-ci qu'on doit accéder, qu'il faut accepter et avec lequel on doit pactiser.

Récemment, dans un hôpital, j'ai interrogé une jeune femme atteinte d'une épilepsie du lobe temporal qui avait fait une tentative de suicide. Autour de moi, des internes en psychiatrie lui posaient des questions classiques : quels étaient ses symptômes, son traitement médicamenteux, l'âge auquel son épilepsie s'était déclarée, pourquoi elle avait voulu se tuer. Elle a répondu d'une voix morne : « Ma maladie a été diagnostiquée lorsque j'avais cinq ans. J'ai perdu mon travail. Je sais que je simule. Je me sens nulle. » Pour une raison quelconque, un interne lui a demandé si elle avait subi une

agression sexuelle. Cette question m'a surpris. La patiente n'avait pas donné à entendre qu'elle avait eu des problèmes intimes, et j'ai pensé qu'il pouvait avoir des raisons personnelles d'émettre cette hypothèse.

Pourtant, l'histoire de cette jeune femme n'expliquait pas pourquoi elle s'était effondrée après avoir perdu son travail. Aussi, je lui ai demandé ce que la fillette de cinq ans avait éprouvé quand on lui avait dit qu'elle avait un problème au cerveau. Ça l'a forcée à réfléchir, car elle n'avait pas de réponse toute prête à cette question. À voix basse, elle m'a répondu que la pire conséquence de son diagnostic était que son père s'était désintéressé d'elle : « Il n'a plus vu en moi qu'une enfant déficiente. » Personne ne l'avait soutenue, a-t-elle ajouté, si bien qu'elle avait dû se débrouiller toute seule.

En poussant plus avant, je l'ai interrogée sur ses sentiments pour cette petite fille qui, à peine déclarée épileptique, s'était retrouvée délaissée. Au lieu de pleurer sur sa solitude ou de se révolter contre cet abandon, elle a dit farouchement : « Elle était stupide, geignarde et dépendante. Elle aurait dû assumer et encaisser. » Cette passion venait à l'évidence de la part d'elle-même qui avait vaillamment tenté de supporter sa souffrance, et j'ai reconnu qu'elle l'avait sans doute aidée à survivre à l'époque. Puis je l'ai priée de laisser cette fillette effrayée, abandonnée, nous dire comment elle avait vécu cette exclusion, sa maladie aggravée par le rejet de sa famille. Elle a sangloté longtemps en silence avant de répondre : « Non, elle ne méritait pas ça. On aurait dû l'entourer ; quelqu'un aurait dû s'occuper d'elle. » Là-dessus, elle a enchaîné en me parlant fièrement de ses réussites – de tout ce qu'elle avait accompli malgré ce manque de soutien. L'histoire publique et l'expérience intérieure s'étaient finalement rejointes.

LE CORPS, PORTE-PAROLE

Les histoires que l'on raconte sur son traumatisme atténuent l'isolement qu'il crée et aident à *expliquer* pourquoi on souffre comme on le fait. Elles permettent aux médecins de faire des diagnostics, pour pouvoir résoudre des problèmes comme la rage, l'insomnie ou l'engourdissement. En outre, ces histoires offrent un bouc émissaire : accuser les autres est un trait humain universel qui aide à se sentir bien quand ça va mal ou, comme disait mon vieux professeur, Elvin Semrad : « La haine fait tourner le monde ». Mais elles cachent aussi un problème important : le fait que le traumatisme nous change radicalement, que nous ne sommes plus nous-mêmes.

Il est affreusement difficile d'exprimer par des mots l'impression de n'être plus soi-même. Le langage a évolué, à l'origine, pour traduire les choses qui se trouvent hors de soi, pas pour dire ses impressions profondes, son intériorité. (Dans le cerveau, je le rappelle, le centre du langage se trouve aussi loin que possible de l'aire de l'expérience de soi.) La plupart des gens savent mieux parler des autres que se raconter. Comme l'a dit un psychologue de Harvard, Jerome Kagan : « Décrire les expériences les plus intimes, c'est se pencher au fond d'un puits pour ramasser des figurines en cristal avec des moufles en cuir¹¹. »

On peut dépasser l'aspect insaisissable des mots en activant le système physique de l'observation de soi, qui s'exprime par des sensations, des tensions et le ton de la voix. L'aptitude à discerner les perceptions viscérales est le fondement même de la conscience émotionnelle¹². Si un patient me dit que son père l'a abandonné quand il avait huit ans, j'ai tendance à lui demander ce qu'il éprouve : que se passe-t-il en lui pendant qu'il me parle de ce garçon qui n'a jamais revu son père ? Où cela transparait-il dans son corps ? Quand on réveille ses sentiments intimes et qu'on écoute son chagrin – lorsqu'on suit les voies intéroceptives qui mènent au fond de soi –, les choses commencent à changer.

ÉCRIRE À SON MOI

Il existe d'autres moyens d'accéder au monde des sentiments. Un des plus efficaces passe par l'écriture. La plupart des gens se livrent à cœur ouvert dans des lettres, furieuses ou plaintives, lorsqu'ils ont été trahis ou abandonnés. Agir ainsi fait toujours du bien, même si on n'envoie jamais ces courriers. Quand on s'écrit, on n'a pas à s'inquiéter du jugement des autres – on écoute juste ses pensées et on les laisse suivre leur cours. Plus tard, en relisant ces épanchements, on découvre souvent des vérités étonnantes.

Dans le cadre de la vie sociale, on est censé garder son calme et subordonner ses sentiments à la tâche du moment. Lorsqu'on parle avec quelqu'un avec qui on n'est pas pleinement en confiance, un censeur intime intervient et on reste vigilant. Écrire, c'est différent. Si on demande à ce censeur de nous laisser un peu tranquille, on voit surgir des sentiments qu'on ne se savait pas éprouver. On est libre d'entrer dans une sorte de transe où notre stylo (ou notre clavier) paraît canaliser ce qui remonte en nous. On peut faire communiquer ces parties introspective et narrative de notre cerveau sans s'inquiéter du regard d'autrui.

Dans ce qui s'appelle l'écriture automatique, on peut utiliser un objet de son choix comme un test de Rorschach pour déclencher un courant d'associations. En regardant cet objet, on écrit simplement la première chose qui nous traverse l'esprit, puis on continue sans s'arrêter, se relire ni se corriger. Une cuiller en bois, dans la cuisine, nous rappellera peut-être la préparation d'une sauce avec notre grand-mère – ou bien les coups de trique qu'on a reçus enfant. Une théière transmise au fil des générations nous mènera à flâner dans les recoins de notre mémoire – jusqu'aux proches disparus, aux vacances en famille marquées par un mélange d'amour et de conflit. Tout ce qui jaillira sur le papier sera une expression d'associations qui nous sont propres.

Mes patients m'apportent souvent des bribes de textes qui évoquent des souvenirs dont ils ne sont pas encore prêts à parler. Lire leur contenu à voix haute risquerait de les bouleverser, et cette approche leur permet de me suggérer ce avec quoi ils se débattent. En retour, je leur dis combien j'apprécie leur courage de s'autoriser à explorer des parties d'eux-mêmes qui étaient jusque-là cachées et à me les montrer. Ces confidences timides orientent la thérapie – par exemple, en m'aidant à décider si je dois la compléter par un traitement somatique, le neurofeedback ou l'EMDR.

À ma connaissance, le premier test sur la capacité du langage à soulager du traumatisme a été fait en 1986, quand James Pennebaker a transformé son cours d'introduction à la psychologie* en laboratoire expérimental. Pennebaker vouait un sain respect à l'inhibition et à la discrétion, qu'il considérait comme le ciment de la civilisation¹³; mais il pensait aussi que refuser de regarder la vérité en face a un prix.

Il a d'abord demandé à tous ses étudiants de cerner une expérience profonde qu'ils avaient trouvée traumatique ou extrêmement stressante. Puis il les a divisés en trois groupes : les premiers devaient écrire ce qui se passait alors dans leur vie, les deuxièmes les détails de l'événement stressant ou traumatique, et les troisièmes ses composantes factuelles, leurs sentiments à son égard et l'impact qu'il avait eu sur eux. Pendant quatre jours, tous les étudiants ont passé un quart d'heure à écrire sans interruption, isolés dans des box du département de psychologie.

Les sujets ont pris l'étude très au sérieux; beaucoup ont révélé des secrets qu'ils n'avaient jamais livrés à personne. Ils pleuraient souvent en écrivant, et plusieurs ont confié que ces expériences avaient fini par les miner. Sur les 200 membres du panel, 65 ont raconté un traumatisme infantile : alors que la plupart évoquaient la mort d'un parent, 22 % des femmes et 10 % des hommes ont parlé d'une agression sexuelle.

* À l'université d'Austin, au Texas. (N.D.T.)

En les interrogeant sur leur santé, l'équipe de Pennebaker a été surprise par la fréquence avec laquelle ils mentionnaient spontanément des maladies, graves ou bénignes : cancer, hypertension artérielle, ulcères, gripes et migraines¹⁴. Ceux qui avaient rapporté une expérience sexuelle traumatique avaient été hospitalisés 1,7 jour en moyenne l'année précédente – près de deux fois plus que les autres.

Puis les chercheurs ont comparé la fréquence de leurs visites chez le médecin dans le mois précédant l'étude à celle qu'ils avaient faites au cours du mois suivant. Les jeunes gens qui avaient écrit à la fois sur les émotions et les faits liés au traumatisme étaient ceux qui avaient le plus bénéficié de l'étude : le nombre de leurs visites médicales avait baissé de 50 % par rapport à celles des membres des autres groupes. Coucher sur le papier leurs sentiments profonds touchant le traumatisme avait amélioré leur humeur et leur santé physique.

Quand on a demandé aux membres du panel d'évaluer eux-mêmes cette étude, ils ont insisté sur le fait qu'elle leur avait permis de mieux se comprendre. « Elle m'a aidé à réfléchir à ce que j'éprouvais. Avant, je n'avais jamais mesuré à quel point cela m'affectait. » « J'ai dû repenser aux blessures du passé pour pouvoir les résoudre. Cette expérience m'a apporté la paix intérieure. Devoir écrire sur mes émotions m'a aidé à comprendre ce que je ressentais¹⁵. »

Dans le cadre d'une autre étude, Pennebaker a demandé à 72 étudiants de parler dans un magnétophone : la moitié devait relater l'expérience la plus traumatique de leur vie, les autres raconter leurs projets de la journée. Entre-temps, il a enregistré leurs réactions physiques : température des mains, tension artérielle, rythme cardiaque et tension musculaire¹⁶. Cette étude a abouti aux mêmes résultats que la précédente : les étudiants qui s'étaient laissés aller à éprouver leurs émotions ont présenté des changements physiologiques notables, à la fois immédiats et durables. Leur tension artérielle, leur rythme cardiaque et d'autres fonctions autonomes augmentaient pendant leur récit, mais après, leur excitation tombait à des niveaux inférieurs à ceux qu'ils avaient affichés au début

de l'étude. Au bout de six semaines, leur baisse de tension artérielle était encore sensible.

Il est aujourd'hui largement admis que les expériences stressantes – concours, solitude ou divorce – exercent un effet négatif sur la fonction immunitaire, mais cette idée était encore très controversée à l'époque de l'étude de Pennebaker. En se fondant sur ses protocoles, des chercheurs de la faculté de médecine de l'université de l'Ohio ont comparé les réactions de deux groupes d'étudiants qui avaient écrit, l'un sur un traumatisme personnel, l'autre sur un sujet superficiel¹⁷. À nouveau, ils ont constaté un moins grand nombre de consultations chez ceux qui s'étaient exprimés sur un traumatisme. Leur meilleure santé était liée à une amélioration de leur fonction immunitaire, mesurée d'après l'action des lymphocytes T (les cellules tueuses naturelles) et d'autres marqueurs immunologiques présents dans le sang. Cet effet était particulièrement visible juste après l'étude, mais pouvait être encore détecté au bout de six semaines. Des expériences d'écriture menées dans le monde entier, avec des écoliers, des étudiants en médecine, des prisonniers de quartier de haute sécurité, des jeunes mères et des victimes de viol, montrent invariablement qu'écrire sur des événements perturbants améliore la santé physique et mentale.

Les études de Pennebaker présentaient un autre aspect intéressant : quand leurs participants évoquaient des questions difficiles ou intimes, ils changeaient souvent de ton et de façon de parler. Les différences étaient si frappantes que Pennebaker s'est demandé s'il n'avait pas mélangé les bandes d'enregistrement. Par exemple, une femme détaillait ses projets de la journée d'un ton aigu et puéril, mais cinq minutes plus tard, quand elle avouait un vol de cent dollars, elle chuchotait d'une voix si grave qu'elle en était méconnaissable. Les altérations des états émotionnels se reflétaient aussi dans leur graphie. Quand les étudiants changeaient de sujet, ils pouvaient passer d'une écriture cursive à l'écriture en script, puis revenir à la cursive. Leurs lettres variaient aussi dans leur inclinaison et la force du trait.

So many times I find parts of myself fighting each other. It (the abuse) happened, it didn't happen if it did happen how can I live with a truth that is so horrific.

with my left hand

listen to me. I want to

tell you and I want

you to listen to you

think you're too good to

hear it. I hear what

I want to hurt myself because I feel like I'm bad. My mother calls and leaves me bad messages and I don't call her back. When I think about being little I remember never wanting her to find me and I feel like she's looking for me now. She knows things about me no one else knows.

Ce genre de volte-face est appelé « commutation » dans la pratique clinique. On voit souvent ce phénomène chez les traumatisés qui, en sautant d'un sujet à l'autre, activent des états émotionnels et physiques nettement différents. Ils présentent alors non seulement des caractéristiques vocales, mais des expressions et des gestes étonnamment distincts. Certains paraissent même changer d'identité, passant d'un air timide à une posture agressive, ou d'une conduite soumise à une attitude carrément séductrice. Quand ils écrivent sur leurs peurs les plus profondes, leur graphie devient souvent plus enfantine et primitive.

Si les patients qui alternent entre ces états très différents sont traités comme des simulateurs, ou si on les prie de contenir leurs côtés intempestifs, ils finiront sans doute par se taire. Ils continueront peut-être à consulter, mais après avoir été réduits au silence, ils exprimeront leurs appels à l'aide, non par des paroles, mais des actes : tentatives de suicide, dépressions et crises de rage. Comme nous le verrons au chapitre 17, ils ne pourront aller mieux que si leur thérapeute évalue avec eux les rôles que ces différents états ont joués dans leur survie.

L'ART, LA MUSIQUE ET LA DANSE

Il existe des milliers d'art-thérapeutes qui soignent avec talent des enfants maltraités, des soldats souffrant de SSPT, des réfugiés et des victimes de torture ou d'inceste, et de nombreux articles témoignent de l'efficacité de leurs pratiques¹⁸. Toutefois, on sait encore très peu comment elles agissent et à quels aspects du stress traumatique elles s'adressent, et faire les recherches nécessaires pour déterminer leur valeur exigerait une organisation et des frais prohibitifs.

Peut-être est-ce à cause de sa capacité à contourner le silence terrifié que l'art est employé dans le monde entier pour soigner le SSPT. Une des rares études comparatives entre l'écriture et l'expression artistique non verbale a été faite par Pennebaker et Anne Krantz, une danse-thérapeute de San Francisco¹⁹. Ils ont demandé à une vingtaine

d'étudiants (sur un panel de 64) de révéler une expérience traumatique par des gestes expressifs, au moins dix minutes par jour pendant trois jours de suite, puis de la coucher sur le papier. Un deuxième groupe devait danser, mais pas écrire sur le traumatisme, et un troisième observer un programme d'exercices routiniers. Pendant les trois mois suivants, tous les sujets ont déclaré se sentir plus heureux et en meilleure santé, mais seuls ceux qui avaient à la fois écrit et pratiqué des mouvements expressifs en témoignaient par une meilleure forme physique et une moyenne plus élevée. (L'étude n'a pas évalué les symptômes spécifiques au SSPT.) « La simple expression du traumatisme ne suffit pas, en ont conclu Pennebaker et Krantz. La santé semble vraiment réclamer sa traduction par le langage. »

Néanmoins, on ne sait pas encore si cette conclusion – que le langage est essentiel à la guérison – est toujours vraie. Les études d'écriture centrées sur les symptômes du SSPT (par rapport à l'état général) sont décevantes. Quand j'ai interrogé Pennebaker, il m'a dit qu'elles avaient presque toutes été menées dans des groupes de traumatisés invités à confier leur histoire – et il a réitéré l'observation que j'ai faite plus haut : le but de l'écriture est de s'adresser à soi, pour prendre conscience de ce qu'on a essayé d'éviter.

LES LIMITES DU LANGAGE

Le traumatisme bouleverse autant ses témoins que ceux qui en parlent. Dans *The Great War and Modern Memory*, une étude magistrale sur la Première Guerre mondiale, Paul Fussell analyse brillamment la zone de silence créée par le choc : « Une des caractéristiques de la guerre [...] est la collision entre les événements et les mots existants – ou jugés adaptés – pour les décrire [...]. Logiquement, rien n'empêche la langue anglaise de rendre parfaitement la réalité de [...] la guerre; elle est riche en termes comme *sang, terreur, souffrance, folie* [...], *merde, trahison* et *fausse alerte*, et en expressions du style *couper les jambes, hurler toute la nuit* [...], *hémorragie mortelle*, etc. Le hic tient moins à un problème de langage qu'à la censure imposée

par la décence et l'optimisme [...]. La vraie raison [pour laquelle les soldats se taisent] est qu'ils ont découvert que personne ne s'intéresse vraiment aux mauvaises nouvelles dont ils sont porteurs. Qui a envie d'être ébranlé s'il peut l'éviter? Nous avons donné au mot *indicible* le sens d'*indescriptible* : en fait, il signifie *horrible*²⁰. »

Parler d'événements pénibles ne favorise pas forcément le rapprochement – bien au contraire : les sociétés et les familles rejettent les membres qui lavent leur linge sale en public ; les parents et les amis se lassent des gens enfermés dans leur peine. C'est une des raisons pour lesquelles les traumatisés se replient souvent sur eux-mêmes et finissent par donner des récits modérés et routiniers.

Il est très difficile de trouver un cadre où exprimer sans risque la douleur du traumatisme, ce qui rend si précieux les groupes de soutien comme ceux des Alcooliques anonymes. Trouver une communauté réceptive pour dire sa vérité permet de guérir. C'est aussi pour cela que les survivants ont besoin de thérapeutes professionnels, formés pour écouter les détails déchirants de leur vie. Je me rappelle la première fois où un vétéran m'a raconté comment il avait tué un enfant au Vietnam. J'ai eu un flash-back très net du jour où – je devais avoir sept ans – mon père m'a dit que, juste devant chez nous, des nazis avaient battu à mort un petit voisin qui leur avait manqué de respect. Ne pouvant supporter l'aveu de cet homme, j'ai dû mettre fin à la séance. Voilà pourquoi les thérapeutes doivent avoir suivi eux-mêmes une thérapie intensive, pour pouvoir se protéger tout en restant émotionnellement ouverts à leurs patients, même quand leurs récits les révoltent.

Un autre problème se pose quand les traumatisés sont eux-mêmes sans voix – lorsque l'aire du langage de leur cerveau se ferme²¹. J'ai assisté à cette fermeture dans de nombreuses affaires d'immigration, et au procès de l'auteur d'un massacre au Rwanda. Quand on demande à des victimes de témoigner, elles sont souvent si bouleversées qu'elles sont à peine capables de parler, ou prises d'une telle panique qu'elles ne peuvent pas formuler clairement ce qu'elles ont subi. Leur témoignage est alors souvent écarté – jugé trop chaotique, trop confus et trop fragmenté pour être crédible.

D'autres s'expriment comme si elles marchaient dans un champ de mines, ce qui peut les faire paraître évasives et peu fiables. J'ai vu des dizaines de demandeurs d'asile déboutés parce qu'ils n'arrivaient pas à donner des raisons cohérentes de fuir leur pays – et de vétérans dont les demandes d'indemnité avaient été rejetées parce qu'ils ne pouvaient pas dire précisément ce qui leur était arrivé.

La confusion et le mutisme sont monnaie courante dans les cabinets des thérapeutes, qui savent que les patients ne supportent pas qu'on les presse de donner les détails de leur histoire. Nous avons donc appris à approcher le traumatisme par un mouvement pendulaire, à « penduler », pour reprendre le terme inventé par mon ami Peter Levine²². Nous n'évitons pas la confrontation avec les détails, mais nous exerçons les traumatisés à tremper tranquillement un orteil dans l'eau, puis à le retirer, pour qu'ils abordent peu à peu la vérité.

Nous commençons par les aider à cerner des « îlots de sécurité » intérieurs – c'est-à-dire des parties de leur corps, des gestes ou des postures sur lesquels ils peuvent s'appuyer dès qu'ils se sentent coincés, furieux ou terrifiés. Ces parties sont souvent hors de portée du nerf vague, qui transmet les messages de panique à l'abdomen, à la gorge et à la poitrine, de sorte qu'elles peuvent servir d'alliées pour intégrer le traumatisme. Je demande, par exemple, à une patiente si ses mains peuvent la rassurer et, si oui, je l'incite à les remuer en explorant leur légèreté, leur chaleur et leur souplesse. Si ensuite je vois sa poitrine se serrer et sa respiration se faire courte, je lui dis de penser uniquement à ses mains et de les bouger, pour qu'elle puisse se sentir séparée de son traumatisme. Ou bien, je l'invite à se concentrer sur son expiration et à remarquer comment elle peut la modifier, ou à lever et à baisser les bras à chaque expiration – un mouvement de qi gong.

Pour certains, tapoter des points d'acupression peut être un bon appui²³. D'autres gagnent à sentir le poids de leur corps sur leur chaise. Quand un patient s'affaisse, je lui suggère de voir ce qui arrive lorsqu'il se redresse. Voilà comment les gens découvrent leurs îlots de sécurité – en apprenant qu'ils peuvent créer des sensations physiques pour

neutraliser leur impression de perdre pied. Cela ouvre la voie à la résolution du traumatisme : par un va-et-vient, un mouvement pendulaire entre des états d'exploration et de sécurité, entre le corps et le langage, entre l'évocation du passé et le sentiment d'être vivant dans le présent.

TRAITER LA RÉALITÉ

Aborder les souvenirs traumatiques n'est, toutefois, que le début du traitement. Plus généralement, de nombreuses études ont montré que les personnes souffrant d'un SSPT ont des problèmes pour se concentrer et assimiler de nouvelles informations²⁴. Alexander McFarlane a fait un test simple, donnant une minute à des gens pour citer le plus possible de mots commençant par la lettre *b*. Les sujets normaux en trouvaient en moyenne quinze; les traumatisés, trois ou quatre. Les premiers hésitaient à la vue de mots sinistres tels que « sang », « viol » ou « blessure »; les seconds réagissaient de manière tout aussi hésitante à des mots comme « laine », « bicyclette » et « crème glacée²⁵ ».

Passé un certain temps, les traumatisés ne déploient plus beaucoup d'efforts pour affronter le passé – leur problème se ramène juste à tenir. Même ceux qui brillent dans l'art ou la médecine, ou qui sont des parents modèles, dépensent encore plus d'énergie dans les tâches de la vie quotidienne que le commun des mortels.

Un autre écueil du langage réside dans l'illusion que l'on peut aisément corriger les pensées si « elles n'ont pas de sens ». La thérapie comportementale et cognitive s'efforce de changer ces « pensées dysfonctionnelles ». C'est une approche de haut en bas, qui repose sur la contestation ou le recadrage des cognitions négatives : « Comparons, dit-on au patient, votre sentiment d'être responsable de votre viol avec la réalité des faits »; ou « Comparons votre terreur de conduire avec les statistiques sur la sécurité routière ».

Je me souviens de cette femme angoissée qui a débarqué un jour dans notre clinique avec son bébé, en nous demandant de l'aide parce qu'il était « si égoïste ». Cela l'aurait-il soulagée de lire un

article sur le développement de l'enfant ? J'en doute, tant qu'elle n'aurait pas accédé aux parties d'elle-même effrayées et abandonnées – qui s'exprimaient par sa terreur de la dépendance.

Les traumatisés ont, indéniablement, des pensées irrationnelles. « C'est ma faute si j'étais aussi sexy. » « Les autres types n'avaient pas peur – eux, c'étaient de vrais mecs. » « J'aurais dû deviner qu'il ne fallait pas marcher dans cette rue. » Mieux vaut considérer ces pensées comme des flash-back cognitifs – on ne peut pas plus les contester que raisonner un homme bombardé de flash-back d'un horrible accident. Ce sont des séquelles d'événements traumatiques : ce qui a traversé l'esprit des victimes sur le moment et qui est réactivé dans des conditions stressantes. Au lieu de les traiter par la TCC, il est préférable de recourir à l'EMDR, qui fera l'objet du chapitre suivant.

S'INCARNER

Les flash-back cognitifs et le bouleversement créé par le récit du traumatisme sont dus au fait que le cerveau a subi une altération. Comme l'ont observé Freud et Breuer, l'action du traumatisme ne se limite pas seulement à la production de symptômes. En fait, « le traumatisme psychique – ou, plus précisément, [son] souvenir [...] – agit comme un corps étranger qui, longtemps après son entrée, doit être considéré comme toujours opérant²⁶ ». De même que l'infection produite par une écharde, c'est la réaction du corps à l'objet étranger qui, plus que cet objet, devient le problème.

Les neurosciences modernes confortent l'idée freudienne que de nombreuses pensées conscientes sont des rationalisations complexes du flux de souvenirs, d'instincts et de mobiles profonds qui émanent de l'inconscient. Le traumatisme, on l'a vu, entrave le fonctionnement des zones du cerveau qui régulent et interprètent l'expérience. Un solide sentiment du moi – celui qui permet d'affirmer d'un côté, « Voilà ce que je pense et ce que j'éprouve » et de l'autre, « Voilà ce qui m'arrive » – repose sur une interaction saine et dynamique entre ces zones.

La plupart des études de neuro-imagerie sur les traumatisés font ressortir une activation anormale de l'insula, la partie du cerveau qui intègre et interprète les informations des organes internes – parmi lesquels les muscles, les articulations et le système (proprioceptif) impliqué dans l'équilibre – pour donner la sensation d'être incarné. De plus, l'insula peut transmettre à l'amygdale des signaux qui provoquent des réactions de lutte ou de fuite. Cela ne demande ni processus cognitif ni prise de conscience d'une perturbation : on éprouve simplement une irritation, une incapacité à se concentrer ou, pire, un sentiment de mort imminente. Ces impressions puissantes sont générées tout au fond du cerveau et ne peuvent être dissipées par la compréhension ou la raison.

Être assailli constamment par des sensations, mais consciemment coupé de leur origine, rend incapable de discerner et de verbaliser ses émotions, l'alexithymie. Ce n'est qu'en reprenant contact avec son corps, en se liant viscéralement avec son moi, que l'on peut retrouver la notion de son identité, de ses priorités et de ses valeurs. L'alexithymie, la dissociation et la fermeture affectent les structures cérébrales qui permettent de se concentrer, de savoir ce que l'on ressent, et d'agir pour se protéger. Quand ces structures vitales subissent un choc inéluctable, cela peut créer la confusion et l'agitation – ou bien un détachement, souvent accompagné d'expériences extracorporelles : la sensation de se regarder de l'extérieur. En d'autres termes, le traumatisme donne l'impression d'être, soit *vaguement dans un autre corps*, soit *désincarné*. Pour le surmonter, il faut se faire aider pour retrouver le contact avec son corps, avec *son moi*.

Le langage est, certes, essentiel : le sentiment du moi dépend de la capacité à organiser ses souvenirs en un tout cohérent²⁷. Cela demande des connexions efficaces entre le cerveau conscient et le système corporel du moi – des connexions qui sont fréquemment altérées par le traumatisme. On ne peut raconter pleinement son histoire que lorsque ces structures ont été réparées et que le travail préparatoire a été effectué : quand « no body » devient « some body ».

SE DÉTACHER DU PASSÉ : L'EMDR*

« Était-ce une vision ? Ou un rêve éveillé ?
La musique envolée, suis-je avec elle en songe ? »

John Keats**

David, un entrepreneur d'une cinquantaine d'années, est venu me consulter car ses violentes crises de rage faisaient de son foyer un enfer. Dès sa première séance, il m'a raconté ce qui lui était arrivé l'été de ses vingt-trois ans. Un jour où des jeunes chahutaient et buvaient de la bière dans la piscine où il travaillait, il leur avait dit que l'alcool était interdit par le règlement. En réponse, ils s'étaient jetés sur lui et lui avaient arraché l'œil gauche avec un tesson de bouteille. Trente ans plus tard, il était encore poursuivi par des cauchemars et des flash-back de cette agression.

À présent, il s'acharnait à critiquer son fils adolescent, lui hurlait dessus au moindre écart et n'arrivait pas à manifester son affection à sa femme. D'un côté, il pensait que la perte de son œil l'autorisait à maltraiter les gens et, de l'autre, il détestait l'homme haineux qu'il était devenu. Il avait remarqué que ses efforts pour se dominer

* EMDR : Eye-Movement Desensitization and Reprocessing – désensibilisation et retraitement par les mouvements oculaires.

** « Ode à un rossignol », traduction d'Alain Praud, 2010.

créaient en lui une tension permanente, et il craignait que sa peur d'exploser l'ait rendu incapable d'aimer.

À sa séance suivante, je lui ai présenté la méthode de désensibilisation et de retraitement par les mouvements oculaires (l'EMDR), en lui demandant de se rappeler les détails de son agression : les images de la scène, les sons qu'il avait entendus et les pensées qui lui avaient traversé l'esprit. « Laissez juste revenir ces moments », lui ai-je dit.

Puis je l'ai invité à suivre mon index, en déplaçant lentement mon doigt à trente centimètres de son œil droit. En quelques secondes, une vague de terreur et de rage est remontée en lui, avec des sensations de douleur, de sang coulant sur ses joues, et la conscience d'avoir perdu la vue. Pendant qu'il s'exprimait, j'émettais sporadiquement un son encourageant et continuais à bouger mon doigt d'arrière en avant. Toutes les cinq minutes, je m'arrêtais pour lui dire de prendre une longue inspiration. Au bout d'un certain temps, je lui ai demandé d'être attentif à sa pensée du moment – en l'occurrence une bagarre à laquelle il avait pris part à l'école –, et de la garder en mémoire. D'autres souvenirs ont resurgi, apparemment de façon aléatoire : sa recherche éperdue de ses agresseurs, son désir de se venger, les rixes qu'il avait provoquées dans les bars. Chaque fois qu'il évoquait un nouveau souvenir ou une autre sensation, je lui disais d'observer ce qui lui venait à l'esprit, puis je reprenais mon mouvement du doigt.

Au terme de la séance, il a paru plus calme et visiblement soulagé. Il m'a dit que le souvenir de l'agression avait perdu de son intensité – ce n'était plus qu'une chose pénible qui appartenait au passé. « C'était vraiment horrible, a-t-il ajouté, et ça m'a déséquilibré pendant très longtemps. Je m'étonne d'avoir finalement réussi à bien vivre, malgré tout. »

La troisième séance a porté sur les séquelles de son traumatisme : sa consommation de drogue et d'alcool durant des années pour supporter sa rage. Au fil des séquences d'EMDR, de nouveaux souvenirs ont refait surface. Il s'est rappelé avoir demandé à un gardien

de prison de tuer son agresseur dans sa cellule, puis s'être ravisé. La réminiscence de cette décision a été profondément libératrice : il en était venu à se considérer comme un monstre, et prendre conscience qu'il avait renoncé à la vengeance lui a fait renouer avec le côté généreux de sa personnalité.

Après ça, il a reconnu spontanément que son attitude envers son fils était nourrie par les sentiments qu'il avait éprouvés à l'égard de ses agresseurs. À la fin de la séance, il m'a demandé si j'accepterais de le recevoir avec sa famille, pour pouvoir s'expliquer devant son fils et lui demander pardon. À sa cinquième et dernière séance, il m'a appris qu'il dormait mieux et que, pour la première fois de sa vie, il se sentait en paix intérieurement. Un an plus tard, il m'a téléphoné pour m'annoncer que, non seulement il avait une relation plus proche avec sa femme et s'était mis au yoga avec elle, mais qu'il riait aussi plus souvent et prenait un vrai plaisir à faire du jardinage et de la menuiserie.

MA RENCONTRE AVEC L'EMDR

La thérapie de David compte parmi les nombreuses expériences d'EMDR qui m'ont aidé à reléguer des reviviscences pénibles de traumatisme au domaine de l'histoire ancienne. J'avais découvert cette méthode il y a vingt ans par le biais de Maggie, une jeune psychologue qui dirigeait un centre thérapeutique pour victimes de viol. Maggie enchaînait les conflits avec presque tout le monde, sauf les adolescentes dont elle s'occupait. Elle se droguait, sortait avec des types dangereux, ne cessait de se quereller avec ses employeurs et de changer d'adresse parce qu'elle ne pouvait pas supporter ses colocataires (et réciproquement). Je n'ai jamais compris comment elle avait pu se ménager une bulle de calme et de concentration pour obtenir un doctorat de psychologie dans une université réputée.

Maggie avait été adressée au groupe de thérapie que j'animais pour des femmes qui présentaient la même conduite symptomatique. La séance qui a suivi son arrivée, elle nous a dit qu'elle avait

été violée deux fois par son père, l'une à l'âge de cinq ans, l'autre à sept ans. Elle était convaincue d'en être responsable. Elle adorait son père, a-t-elle expliqué, et elle avait dû tellement l'aguicher qu'il n'avait pas pu se contrôler. En l'écoutant, je me suis dit : « Elle ne rejette pas la responsabilité sur lui, mais elle en veut certainement à la terre entière » – notamment à ses anciens thérapeutes, parce qu'ils ne l'avaient pas aidée à résoudre ses problèmes. Comme de nombreux traumatisés, ses paroles racontaient une histoire et ses actes une autre : son comportement ne cessait de reproduire divers aspects de son traumatisme.

Puis, un jour, elle est arrivée en brûlant de nous confier ce qui lui était arrivé le week-end précédent, lors d'une formation à l'EMDR. À l'époque, j'avais juste entendu parler de l'EMDR comme d'une nouvelle thérapie à la mode, que l'on pratiquait en agitant les doigts devant les patients. Mes collègues et moi n'y voyions qu'une de ces lubies qui avaient toujours empoisonné la vie des psychiatres, et j'étais persuadé qu'elle finirait par s'ajouter aux déconvenues de Maggie.

Au contraire, elle nous a raconté que, sous EMDR, elle s'était nettement rappelé le viol qu'elle avait subi à l'âge de sept ans – avec les sensations de son corps d'enfant. Elle avait senti physiquement combien elle était frêle, le ventre de son père peser sur elle et son haleine puant l'alcool. Et pourtant, alors même qu'elle revivait l'agression, elle avait pu l'observer du haut de ses vingt-neuf ans. Elle a fondu en larmes : « J'étais tellement petite. Comment un grand costaud a-t-il pu faire ça à une fillette ? » Puis elle a ajouté, après avoir pleuré un long moment : « C'est fini maintenant. Je sais ce qui s'est passé. Ce n'était pas ma faute. J'étais une gamine et je n'ai rien pu faire pour l'empêcher de me violer. »

J'étais stupéfait. Il y avait longtemps que je cherchais un moyen d'aider les gens à revisiter leur passé traumatique sans qu'ils subissent un nouveau choc. Maggie semblait avoir eu une expérience aussi vivante qu'un flash-back, mais qui ne l'avait pas bouleversée. L'EMDR permettait-elle d'accéder sans risque aux traces du

traumatisme ? Pouvait-elle les transformer en souvenirs cantonnés au passé ?

Maggie a fait quelques autres séances d'EMDR, en restant assez longtemps dans le groupe pour nous laisser voir ses progrès. Elle était beaucoup moins en colère, mais elle a gardé son humour caustique qui me plaisait tant. Quelques mois plus tard, elle est sortie avec un homme d'un genre très différent de ceux qui l'attiraient auparavant. Puis elle a quitté le groupe, en annonçant qu'elle avait résolu son traumatisme, et j'ai décidé qu'il était temps pour moi de me former à l'EMDR.

PREMIÈRES EXPOSITIONS À L'EMDR

Comme beaucoup de progrès scientifiques, l'EMDR a été le fruit d'un heureux hasard. En 1987, un jour où la psychologue Francine Shapiro remuait de sombres pensées, elle s'est aperçue que de rapides mouvements des yeux la soulageaient spectaculairement. Comment une approche thérapeutique majeure est-elle née d'une si brève expérience ? Comment n'avait-on pas remarqué plus tôt une méthode aussi simple ? D'abord incrédule, elle a passé des années à l'expérimenter, avant de l'ériger en procédure standardisée pouvant être enseignée et testée dans le cadre d'études contrôlées¹.

En arrivant à ma formation à l'EMDR, j'avais moi-même besoin de surmonter un certain choc. Quelques semaines auparavant, mon patron avait brutalement fermé la clinique du traumatisme, nous forçant à trouver en hâte une nouvelle structure et d'autres financements pour traiter nos patients, former nos étudiants et conduire nos recherches. À peu près à la même époque, mon ami Frank Putnam, qui menait l'étude sur les victimes d'abus sexuels présentée au chapitre 10, a été licencié des établissements de santé où il exerçait. Et, comble de malchance, Rick Kluft, le plus grand spécialiste de la dissociation aux États-Unis, a perdu son service à l'hôpital de Pennsylvanie. C'était peut-être une coïncidence, mais j'avais l'impression que tout mon univers subissait une attaque en règle.

Mon angoisse liée à la clinique du traumatisme m'a paru un bon thème à soumettre à l'épreuve de l'EMDR. Pendant que je suivais des yeux les doigts de mon partenaire, une cascade de scènes de mon enfance m'a traversé l'esprit – de vives discussions à la table du dîner, des conflits avec des garçons à la récréation, des cailloux jetés sur une vitre avec mon frère aîné – analogues aux visions dites hallucinations « hypnopompiques » que l'on a dans le demi-sommeil qui précède le réveil, mais qu'on oublie dès qu'on est bien réveillé.

Au bout d'une demi-heure, je suis revenu avec mon partenaire sur la scène où mon patron m'avait annoncé qu'il fermait la clinique. Maintenant je me sentais résigné : « D'accord, ai-je dit, c'est fini. Il est temps de passer à autre chose. » Je n'y ai plus jamais repensé ; par la suite, la clinique s'est reconstituée et elle a prospéré. Était-ce purement grâce à l'EMDR que j'avais réussi à me détacher de ma colère et de mon angoisse ? Je n'en serai, bien sûr, jamais certain mais le voyage mental pour enterrer cet épisode, qui m'avait fait retraverser des scènes disparates de mon enfance, ne ressemblait à rien de ce que j'avais vécu dans la « *talking cure* ».

Ce qui s'est produit après, quand mon tour est venu de pratiquer l'EMDR, a été encore plus curieux. Nous avons changé de partenaire et le suivant, que je n'avais jamais rencontré, m'a dit qu'il voulait aborder des tourments de son enfance liés à son père, mais qu'il ne voulait pas en parler. Je n'avais jamais travaillé sur un traumatisme sans en connaître l'« histoire », et j'étais irrité que cet homme refuse de m'éclairer. Quand j'ai déplacé mes doigts devant ses yeux, il a paru profondément bouleversé et s'est mis à sangloter. Mais chaque fois que je lui posais les questions requises par le protocole, il taisait obstinément ses pensées.

Au terme de la séance, qui durait trois quarts d'heure, il m'a dit sans ambages qu'il m'avait trouvé si désagréable qu'il ne m'adresserait jamais aucun patient. Par ailleurs, a-t-il observé, la séance avait résolu le problème des violences paternelles. Même si j'étais sceptique, en voyant dans sa muflerie un transfert de ses sentiments non résolus envers son père, il avait certes l'air beaucoup plus détendu.

Je suis allé trouver notre formateur, Gerald Puk, pour lui avouer ma perplexité. À l'évidence, j'avais déplu à mon partenaire et il avait semblé très ébranlé pendant l'EMDR, mais il me disait maintenant que la souffrance qui l'avait longtemps tourmenté s'était envolée. Comment diable pouvais-je savoir ce qu'il avait résolu ou non s'il refusait de me dire ce qui s'était passé durant la séance ?

Gerry a souri et m'a demandé si, par hasard, j'étais devenu psychiatre pour résoudre certains de mes problèmes. J'ai répondu que mes proches étaient de cet avis. Puis il m'a demandé si je trouvais intéressant que les gens me racontent leurs histoires traumatiques. À nouveau, j'ai dû en convenir. Sur ce, il a dit : « Vous savez, Bessel, vous devriez peut-être apprendre à mettre de côté vos tendances voyeuristes. Si vous avez autant besoin d'entendre ce genre d'histoires, allez dans un bar, sortez une poignée de dollars et dites à votre voisin : "Je vous offre un verre si vous me racontez votre traumatisme." Il est important de faire la différence entre votre désir d'entendre des histoires et le processus de guérison de vos patients. » J'ai pris à cœur son avertissement et depuis, je me plais toujours à le répéter à mes étudiants.

Je suis sorti de ma formation à l'EMDR en me focalisant sur trois points qui me fascinent encore aujourd'hui :

- L'EMDR induit une détente dans l'esprit et/ou le cerveau qui donne un accès rapide à des images et à des souvenirs vaguement associés. Apparemment, cela aide à mettre l'expérience traumatique en perspective ou à la replacer dans un contexte plus large.
- On peut guérir d'un traumatisme sans en parler. L'EMDR permet d'observer ses expériences d'une façon nouvelle, sans passer par l'échange verbal.
- L'EMDR peut être utile, même si le patient et le thérapeute n'ont pas de relation de confiance. C'était particulièrement intrigant car, de fait, les gens ont rarement le cœur ouvert après un traumatisme.

Pendant les vingt ans qui ont suivi ma formation, j'ai pratiqué cette méthode sur des patients qui parlaient swahili, mandarin ou breton, des langues dans lesquelles je ne peux guère dire que : « Observez cela », l'instruction clé de l'EMDR. (Je disposais chaque fois d'un interprète, mais surtout pour expliquer les étapes du processus.) Comme l'EMDR n'oblige pas les patients à parler de l'intolérable ni à expliquer au thérapeute ce qui les bouleverse, elle leur permet de rester pleinement concentrés sur leur expérience intérieure – ce qui donne parfois des résultats extraordinaires.

UNE ÉTUDE SUR L'EMDR

Notre clinique a été sauvée par un administrateur du service de santé mentale du Massachusetts qui, après avoir vu notre travail avec les enfants, nous a chargés d'organiser l'équipe de soins du traumatisme dans toute la région de Boston. Cela a suffi à couvrir nos opérations de base, et le reste a été apporté par un personnel énergique qui appréciait nos pratiques thérapeutiques – parmi lesquelles l'EMDR pour sa capacité récemment découverte à guérir des personnes jusque-là incurables.

Nous avons bientôt commencé à visionner entre collègues des vidéos de nos patients sous EMDR, ce qui nous a permis d'observer des progrès spectaculaires de semaine en semaine. Puis nous avons confronté ces résultats à une échelle d'évaluation du SSPT. Nous avons aussi demandé à une spécialiste de neuro-imagerie d'effectuer des scanners cérébraux de douze patients avant et après leur traitement. En seulement trois séances, le score de huit d'entre eux a sensiblement baissé sur l'échelle d'évaluation du SSPT. On pouvait voir, sur leurs scanners, une forte augmentation de l'activation du lobe préfrontal, du cortex cingulaire antérieur et des noyaux gris centraux. Ce changement pouvait expliquer la différence dans la manière dont ils vivaient désormais leur traumatisme.

« Je le vois maintenant comme un souvenir, a dit un homme, mais plus lointain. D'habitude, je me noyais dedans, mais cette fois

[pendant l'EMDR], je flottais par-dessus. Je me sentais maître de la situation.» « Avant, a déclaré une femme, j'en revivais chaque étape. À présent, cela forme, non pas des fragments, mais un tout, alors c'est plus gérable.» Le traumatisme avait perdu son immédiateté pour devenir de l'histoire ancienne.

Peu après, nous avons obtenu des fonds de l'Institut national de la santé mentale pour comparer les effets de l'EMDR, du Prozac et d'un placebo². Sur les 88 sujets de l'étude, 30 ont été soignés par EMDR, 28 ont reçu du Prozac et les autres un placebo. Comme souvent, les patients qui s'étaient vu administrer une substance inactive ont montré de bons résultats. Au bout de huit semaines, leur état s'était amélioré de 42 %, plus que sous bien d'autres traitements prétendument « fondés sur des données probantes ».

Les sujets auxquels on avait donné du Prozac ont affiché un léger mieux par rapport à ceux qui avaient pris un placebo. C'est typique de la plupart des études sur l'action des médicaments sur le SSPT : le simple fait d'y participer crée une amélioration de 30 à 42 % – majorée de 5 à 15 % pour ceux qui prennent un médicament actif. Toutefois, il n'y avait pas de commune mesure entre l'état des patients traités par EMDR et celui des sujets qui avaient pris du Prozac ou un placebo : au bout de huit séances, 25 % d'entre eux se sont avérés entièrement guéris (leurs scores sur l'échelle d'évaluation du SSPT étaient devenus négligeables), contre seulement 10 % de ceux qui avaient reçu du Prozac. Mais la vraie différence est apparue avec le temps : quand on a interrogé les patients huit mois plus tard, 60 % de ceux qui avaient été traités par EMDR n'avaient plus aucun symptôme de SSPT. Comme l'a dit le grand psychiatre Milton Erickson, au premier coup de pied, l'eau s'engouffre dans la brèche. Dès qu'ils commençaient à intégrer leurs souvenirs traumatiques, leur état continuait à s'améliorer spontanément. À l'inverse, tous ceux qui avaient reçu du Prozac rechutaient dès qu'ils cessaient d'en prendre.

Cette étude était significative parce qu'elle prouvait qu'une thérapie ciblée, spécifique au traumatisme comme l'EMDR, pouvait être

bien plus efficace que les médicaments. D'autres recherches ont confirmé que la prise de Prozac ou de substances proches comme le Celexa, le Paxil et le Zoloft, allège souvent les symptômes de SSPT, mais seulement pendant la durée du traitement. Cela rend finalement la thérapie médicamenteuse beaucoup plus coûteuse. (On notera aussi que, bien que le Prozac soit considéré comme un antidépresseur majeur, au cours de notre étude, l'EMDR a aussi davantage réduit la dépression que ce médicament.)

Notre étude a donné un autre résultat important : les sujets traumatisés à l'âge adulte ont bien mieux réagi à l'EMDR que les victimes d'un traumatisme infantile. Au bout de huit semaines de traitement, près de la moitié des premiers se sont révélés complètement guéris, contre seulement 9 % des seconds. Huit mois plus tard, le taux de guérison s'élevait à 73 % pour les uns et à 25 % pour les autres. Par ailleurs, sur les personnes traumatisées dans leur enfance le Prozac n'avait d'effet que légèrement positif.

Ces résultats renforcent ceux que j'ai mentionnés au chapitre 9 : la maltraitance infantile chronique et les événements traumatiques survenus à l'âge adulte créent des adaptations biologiques et mentales très différentes. L'EMDR est un traitement puissant pour débloquent les souvenirs traumatiques, mais ne résout pas forcément les effets de la trahison et de l'abandon qui accompagnent la maltraitance infantile, sexuelle ou physique. Une thérapie de deux mois, quelle qu'elle soit, suffit rarement à vaincre les séquelles d'un traumatisme ancien.

À partir de 2014, notre étude sur l'EMDR a donné des résultats plus positifs que toute autre recherche publiée sur les sujets traumatisés à l'âge adulte. Pourtant, malgré ses conclusions et celles de nombreuses autres études, beaucoup de mes collègues restent sceptiques envers l'EMDR – peut-être parce que cela paraît trop beau pour être vrai, trop simple pour marcher aussi bien. Je comprends parfaitement ce scepticisme : l'EMDR est une méthode atypique. Chose intéressante, les chercheurs qui ont mené la première étude solide sur son usage chez les vétérans s'attendaient à voir cette

méthode aboutir à des résultats si faibles qu'ils l'ont prise uniquement comme thérapie témoin, comparée à la relaxation assistée par biofeedback. À leur grande surprise, cette dernière s'est avérée moins efficace que douze séances d'EMDR³. Depuis, l'EMDR est devenue un des traitements du SSPT approuvés par le département des Anciens Combattants.

L'EMDR, UNE THÉRAPIE PAR EXPOSITION ?

Certains psychologues ont supposé que la thérapie par EMDR désensibilise au matériel traumatique, et qu'elle est donc liée à la thérapie par exposition. Il serait plus juste de dire qu'elle *intègre* le matériel traumatique. Comme l'a montré notre étude, après l'EMDR, les patients voient leur traumatisme comme un événement cohérent du passé, au lieu d'être bombardés de sensations et d'images coupées de tout contexte.

Les souvenirs changent et évoluent. Dès qu'une expérience s'imprime dans la mémoire, elle subit un long processus d'intégration et de réinterprétation (opéré automatiquement dans le cerveau, sans intervention du moi conscient), au terme duquel elle est intégrée avec d'autres événements de la vie et cesse d'exister isolément⁴. Ce processus, on l'a vu, est entravé dans le SSPT et le souvenir reste coincé, brut et non digéré.

Malheureusement, les mécanismes du traitement de la mémoire sont rarement enseignés aux jeunes psychologues, ce qui peut aboutir à de mauvaises approches thérapeutiques. Contrairement aux phobies (comme celle des araignées, qui est fondée sur une peur irrationnelle), le stress post-traumatique résulte d'une réorganisation fondamentale du système nerveux central, causée par une vraie menace d'anéantissement (ou la vue de l'annihilation d'une autre personne) qui transforme l'expérience de soi (on se sent désarmé) et l'interprétation de la réalité (le monde entier paraît dangereux).

Le début d'un traitement par exposition perturbe toujours fortement les patients. Pendant qu'ils revisitent l'expérience traumatique,

leur rythme cardiaque, leur tension artérielle et leurs hormones du stress augmentent nettement; mais s'ils arrivent à tenir, ils sont de moins en moins réactifs et moins portés à se désintégrer à l'évocation de leur traumatisme. Voilà pourquoi ils affichent des scores plus faibles sur l'échelle d'évaluation du SSPT. Pourtant, à notre connaissance, la simple exposition au choc initial n'intègre pas le souvenir dans le contexte global de leur vie, et leur permet rarement de retrouver leur niveau d'activité et d'investissement relationnel antérieur au traumatisme.

Au contraire, l'EMDR comme les traitements que j'exposerai aux chapitres suivants – le Système familial intérieur, le yoga, le neurofeedback, la thérapie psychocorporelle et le théâtre – s'emploient, non seulement à réguler les souvenirs intenses activés par le traumatisme, mais aussi à restaurer un sentiment de contrôle et d'engagement par la maîtrise du corps et de l'esprit.

TRAITER LE TRAUMATISME PAR L'EMDR

Quand j'ai rencontré Kathy, une jeune femme de vingt et un ans qui étudiait à l'université, elle semblait terrifiée. Elle avait consulté pendant trois ans un thérapeute avec qui elle s'était sentie en confiance et comprise, mais n'avait fait aucun progrès. Après sa troisième tentative de suicide, son centre de santé universitaire me l'avait adressée, dans l'espoir que la nouvelle technique dont j'avais parlé à ses psychiatres pourrait l'aider.

Comme d'autres patients traumatisés, Kathy était capable de s'absorber entièrement dans ses études : quand elle lisait un livre ou écrivait un article de recherche, elle pouvait oublier tout le reste. Cela lui permettait d'avoir de bons résultats, mais elle ignorait totalement comment créer une relation aimante avec elle-même, encore moins avec un partenaire.

Kathy m'a appris que, dans son enfance, son père l'avait prostituée pendant des années. Cela aurait normalement dû me conduire à prendre l'EMDR comme thérapie d'appoint. Mais Kathy s'est

avérée si réceptive à ce traitement qu'elle s'est complètement remise au bout de huit séances, la durée la plus courte, d'après mon expérience, pour une victime d'aussi graves sévices infantiles. Sa thérapie remonte à quinze ans, et je l'ai revue récemment pour discuter des avantages et des inconvénients d'adopter un troisième enfant. Kathy faisait plaisir à voir : elle s'investissait gaiement dans sa famille et son activité d'enseignante du développement de l'enfant.

Je reproduis ici mes notes sur sa quatrième séance d'EMDR dans le but de montrer non seulement ce qui se passe habituellement mais comment opère l'esprit quand il intègre une expérience traumatique. Aucun scanner du cerveau, aucune analyse de sang, aucune échelle d'évaluation ne peut mesurer ce processus. Même une vidéo ne rend que faiblement compte de la manière dont l'EMDR libère les pouvoirs imaginatifs.

Kathy s'est assise à plus d'un mètre de moi, de biais, à 45°. Je lui ai dit alors de se rappeler un événement particulièrement pénible, et ce qu'elle avait pensé et ressenti dans son corps à ce moment-là. (Mes dossiers n'indiquent pas si elle m'a précisé la nature de cet événement; sans doute pas, car je ne l'ai pas noté.)

Après quoi, je lui ai demandé si elle était plongée « dans le souvenir » et, quand elle a acquiescé, de jauger son degré de réalité sur une échelle de un à dix. « À peu près neuf », a-t-elle répondu. Là, je l'ai engagée à suivre des yeux le mouvement de mon doigt. De temps en temps, au bout d'une série de vingt-cinq mouvements oculaires, je disais : « Prenez une inspiration profonde » puis « Que se passe-t-il maintenant ? » ou « Qu'est-ce qui vous vient à l'esprit ? ». Et Kathy me faisait part de ce qu'elle pensait. Chaque fois que sa voix, son attitude ou son rythme respiratoire montraient que ce thème était lourd d'émotion, je lui disais « Observez cela » et j'activais une autre série de mouvements oculaires, pendant laquelle elle ne parlait pas. Durant les trois quarts d'heure suivants, je n'ai prononcé que ces quelques mots.

Voici l'association qu'elle m'a rapportée après sa première séquence de mouvements oculaires : « Je me rends compte que j'ai

des cicatrices aux poignets, à force d'avoir eu les mains liées derrière le dos. Il m'en a fait une autre quand il m'a marquée comme sa chose et, là [elle me les montre], j'ai des traces de morsure.» Puis elle a ajouté, l'air sidérée mais étonnamment calme : « Je me rappelle qu'il m'a arrosée d'essence – il a pris des Polaroid de moi dans cet état –, avant de me plonger dans l'eau. Mon père et deux de ses amis m'ont violée tour à tour ; j'étais ligotée à une table ; je me rappelle qu'ils m'ont forcée avec des bouteilles de bière. »

J'avais l'estomac noué mais je n'ai pas fait de commentaire – me bornant à lui dire de garder ces souvenirs à l'esprit. Après une trentaine d'autres mouvements du doigt, j'ai arrêté en la voyant sourire. Quand je lui ai demandé ce qu'elle pensait, elle m'a répondu : « J'étais dans un cours de karaté. C'était super ! Je leur bottais les fesses ! Je les voyais reculer. Je hurlais : "Vous ne voyez pas que vous me faites mal ? Je ne suis pas votre nana !" » Alors, je lui ai dit : « Restez là », et j'ai entamé la séquence suivante. Quand elle s'est achevée, Kathy a murmuré : « J'ai eu une image de mes deux moi – la fillette jolie, intelligente... et cette petite pute. Toutes ces femmes qui ne pouvaient pas se satisfaire, elles ou leurs hommes – qui se reposaient sur moi pour combler tous ces types. » Pendant la séquence suivante, elle s'est mise à sangloter et, quand j'ai arrêté, elle a balbutié : « J'ai vu combien j'étais petite... la violence infligée à une gamine... Ce n'était pas ma faute. » J'ai opiné : « Vous avez raison – restez là. » La séquence suivante a pris fin lorsqu'elle a déclaré : « Je m'imagine ma vie aujourd'hui – mon grand moi tenant dans ses bras mon petit moi en disant : "À présent, tu es en sécurité." » J'ai acquiescé d'un air encourageant, puis j'ai amorcé une autre séquence.

Les images ont continué à venir : « Je vois un bulldozer raser la maison où j'ai grandi. C'est fini ! » Puis elle est passée à un autre sujet : « Je pense que j'aime beaucoup Jeffrey [un de ses camarades d'université] et qu'il n'a peut-être pas envie de sortir avec moi – à vrai dire, je ne sais pas quoi faire. Je n'ai encore jamais eu de petit ami. » Je lui ai demandé ce qu'elle croyait avoir besoin de savoir, avant d'enchaîner sur la séquence suivante. « Maintenant, il y a

quelqu'un qui a juste envie d'être avec moi – c'est trop simple. Je ne sais pas être moi-même avec les hommes. Je suis pétrifiée.»

En suivant mon doigt, elle s'est remise à sangloter et, quand j'ai arrêté, elle m'a dit : « J'ai eu une image de Jeffrey et moi assis dans un café. Mon père entre. Il hurle comme un fou en brandissant une hache : "Je t'ai dit que tu m'appartenais !" Il me jette sur la table – il me viole, puis il viole Jeffrey.» Là, elle pleurait à chaudes larmes. « Comment peut-on s'abandonner avec un homme quand on a des visions de son père qui nous viole tous les deux ? » J'ai voulu la reconforter mais, sachant qu'il importait davantage de maintenir le flux des associations, je l'ai poussée à se concentrer sur ce qu'elle éprouvait dans son corps : « Je le sens dans mes avant-bras, mes épaules et mon poumon droit. J'ai juste envie que quelqu'un me prenne dans ses bras. » J'ai continué mes mouvements du doigt et, quand j'ai arrêté, elle avait l'air sereine. « J'ai entendu Jeffrey me dire que ça allait, qu'on l'avait envoyé ici pour prendre soin de moi. Que je n'avais rien fait de mal et qu'il voulait juste être avec moi pour moi. » À nouveau, je lui ai demandé ce qu'elle éprouvait physiquement. « Je me sens vraiment calme. Un peu tremblante – comme si j'avais fait travailler des muscles rouillés – et soulagée. Jeffrey sait déjà ces choses-là. J'ai l'impression d'être vivante et que tout est fini. Mais j'ai peur que mon père ait une autre petite fille, et ça me rend très triste. J'ai envie de la sauver. »

Mais quand on a repris, le traumatisme a resurgi, avec d'autres images et d'autres pensées : « J'ai des nausées... Des tas d'odeurs m'agressent – d'eau de Cologne bon marché, d'alcool et de vomi. » Quelques minutes plus tard, Kathy pleurait abondamment. « Je sens vraiment ma mère ici, maintenant. Elle a l'air de vouloir que je lui pardonne. J'ai l'impression qu'elle a vécu la même chose que moi – elle n'arrête pas de s'excuser. Elle me dit qu'elle a subi ça aussi – avec mon grand-père – et que ma grand-mère est vraiment désolée de n'être pas là pour me protéger. » Pendant ce temps, je lui ai demandé de respirer profondément et de garder ce qui remontait en elle.

Au terme de la séquence suivante, Kathy a dit : « Je crois que c'est fini. J'ai senti ma grand-mère me prendre dans ses bras aujourd'hui – en me disant qu'elle regrettait énormément d'avoir épousé mon grand-père. Que, maintenant, elle et maman veillent à ce que ça s'arrête là. » Au bout d'une dernière séquence d'EMDR, Kathy a souri : « J'ai une image où je me vois pousser mon père hors du café, et Jeffrey fermer la porte à clé. Mon père est là, penaud. On le voit derrière la vitre – tout le monde se moque de lui. »

Grâce à l'EMDR, Kathy a pu intégrer les souvenirs de son traumatisme et faire appel à son imagination pour les enterrer, ce qui lui a donné un sentiment de complétude et de maîtrise – tout cela avec très peu de stimulations de ma part et sans que je discute les détails de ses expériences. (Je n'ai jamais eu lieu de contester leur véracité; pour Kathy, elles étaient bien réelles, et mon travail consistait à l'aider à les affronter dans le présent.) Ce processus a libéré quelque chose dans son cerveau/esprit, activant des images et des pensées nouvelles; on aurait dit que sa force vitale émergeait pour lui créer d'autres perspectives d'avenir⁵.

Comme nous l'avons vu, les souvenirs traumatiques persistent sous forme de sensations et de sentiments fragmentés, inaltérés. À mon sens, le trait le plus remarquable de l'EMDR est sa capacité à activer, conjointement avec le souvenir initial, une série d'émotions, de pensées et d'images qui paraissent sans rapport. Cette manière d'associer de vieilles informations dans de nouveaux ensembles est peut-être justement la façon dont nous intégrons des expériences courantes, non traumatiques.

L'EXPLORATION DU LIEN AVEC LE SOMMEIL

Peu après avoir entendu parler de l'EMDR, j'ai été invité à parler de mon travail au laboratoire du sommeil du Centre de santé mentale du Massachusetts. Ce centre était dirigé par Allan Hobson, connu pour avoir découvert (avec son professeur, Michel Jouvet⁶) les cellules cérébrales responsables de la genèse des rêves, et un de

ses assistants, Robert Stickgold, commençait juste à étudier la fonction de l'activité onirique. Je leur ai montré une vidéo d'une patiente traumatisée par un accident de voiture survenu treize ans auparavant, une victime paniquée, impuissante, qui, avec seulement deux séances d'EMDR, s'était transformée en femme pleine d'assurance. Stickgold était fasciné.

Quelques semaines plus tard, une amie de ce dernier a été si déprimée après la mort de son chat qu'elle a dû être hospitalisée. Son psychiatre, estimant que cette perte avait réveillé des souvenirs du décès de sa mère quand elle avait douze ans, l'a adressée à Roger Solomon, un célèbre formateur à l'EMDR, qui l'a soignée avec succès. À la fin du traitement, elle a appelé Stickgold pour lui dire : « Bob, tu dois étudier ça. C'est vraiment étrange – ça agit sur le cerveau, pas sur l'esprit. »

Peu après, un article, paru dans la revue *Dreaming*, a suggéré que l'EMDR était liée au sommeil paradoxal (caractérisé par de rapides mouvements oculaires) – la phase où se déroule l'activité onirique⁷. Des recherches avaient déjà montré que le sommeil, en particulier la phase du rêve, joue un rôle majeur dans la régulation de l'humeur ; et cet article observait que, lors du sommeil paradoxal, les yeux bougent rapidement d'arrière en avant, exactement comme pendant l'EMDR. De plus, ajoutait-il, l'allongement du temps de sommeil paradoxal modère la dépression, alors que la réduction de sa durée tend à l'aggraver⁸.

Il était déjà bien connu que le traumatisme crée des troubles du sommeil, et que l'automédication (alcool ou médicaments) perturbe encore plus la phase paradoxale. Quand je travaillais à la clinique des anciens combattants, j'avais constaté avec mes collègues que les patients atteints de SSPT se réveillaient souvent au début de cette phase⁹ – peut-être parce qu'ils avaient activé un fragment de traumatisme en rêvant¹⁰. D'autres chercheurs ont remarqué ce phénomène, mais ils l'ont jugé sans rapport avec la compréhension du SSPT¹¹.

Aujourd'hui, nous savons que le sommeil lent et le sommeil paradoxal jouent tous les deux un rôle majeur dans la manière dont les

souvenirs changent au fil du temps. Pendant que nous dormons, le cerveau réorganise la mémoire en y ancrant les données émotionnellement pertinentes, tout en aidant les souvenirs non pertinents à s'effacer¹². Dans une série de brillantes études, Stickgold et ses collègues ont montré que, durant le sommeil, le cerveau peut même comprendre des informations dont l'intérêt est obscur à l'état de veille et les intégrer dans le système mnésique plus large¹³.

Les rêves ne cessent de reproduire, de recombinaison et de réintégrer des bribes de souvenirs pendant des mois, voire des années¹⁴. Ils réactualisent constamment les réalités souterraines qui déterminent ce à quoi on fait attention à l'état de veille. Et, chose peut-être plus en rapport avec l'EMDR, au cours du sommeil paradoxal, on active des associations plus lointaines que lors du sommeil lent ou à l'état normal de veille. Par exemple, quand on réveille des gens durant le sommeil lent et qu'on leur fait subir un test d'association de mots, ils donnent des réponses standard : chaud/froid, dur/doux, etc. S'ils sont réveillés au cours d'une phase paradoxale, ils font des associations moins classiques, comme voleur/mal¹⁵. Ils trouvent aussi plus facilement des anagrammes simples après une phase de sommeil paradoxal. Ce passage à l'activation des associations lointaines pourrait expliquer la bizarrerie des rêves¹⁶.

Stickgold, Hobson et leurs collègues ont ainsi découvert que les rêves contribuent à forger de nouveaux liens entre des souvenirs qui semblent sans rapport¹⁷. Trouver des corrélations inédites est la principale caractéristique de la créativité. C'est aussi, on l'a vu, essentiel pour la guérison, car l'incapacité à réorganiser des expériences est l'un des traits frappants du SSPT. Alors que Noam, l'enfant dont j'ai parlé au chapitre 4, a pu imaginer un trampoline pour sauver de futures victimes de traumatisme, les gens déjà frappés par le traumatisme sont piégés dans des associations figées : tous les porteurs de turban essaieront de me tuer ; tout homme à qui je plais veut me violer.

Pour finir, Stickgold suggère l'existence d'un lien clair entre l'EMDR et le traitement des souvenirs dans les rêves : « Si cette

méthode, via la stimulation bilatérale, peut changer les états cérébraux selon le même mécanisme que celui qu'on observe dans le sommeil paradoxal, cela prouve que, pour traiter efficacement la mémoire et résoudre le traumatisme, elle devrait pouvoir exploiter les processus liés au sommeil qui sont parfois bloqués dans le SSPT¹⁸.» L'instruction de base de l'EMDR, « Gardez cette image à l'esprit et regardez juste mes doigts bouger d'arrière en avant », peut très bien reproduire ce qui se passe dans le cerveau au cours du rêve. À l'heure où ce livre va paraître, j'étudie avec Ruth Lanius la manière dont le cerveau réagit à des mouvements oculaires saccadés pendant qu'on évoque, allongé dans un scanner, soit un traumatisme, soit un fait ordinaire. Patience... Les résultats vont bientôt tomber.

L'ASSOCIATION ET L'INTÉGRATION

À la différence de la thérapie classique par exposition, l'EMDR passe très peu de temps à revisiter le traumatisme. Le choc est, certes, le point de départ, mais l'EMDR s'attache surtout à stimuler et à débloquer le processus associatif. Comme l'a montré notre étude comparative avec le Prozac, les médicaments peuvent émousser les sensations de terreur, mais elles restent incrustées dans l'esprit et le corps. Contrairement aux sujets de notre étude qui réagissaient positivement au Prozac et dont les souvenirs étaient simplement voilés – pas intégrés comme un événement du passé, et toujours source d'une anxiété considérable –, les patients traités par EMDR n'éprouvaient plus l'empreinte distincte du traumatisme : il n'était plus qu'une histoire reléguée au passé. Comme l'a dit un de mes patients, en le balayant d'un revers de main : « C'est fini. »

Si le mode d'action de l'EMDR est encore peu clair, c'est aussi le cas du Prozac. Le Prozac exerce un effet sur la sérotonine, mais on ne sait toujours pas très bien s'il élève ou abaisse sa teneur, dans quels neurones, et pourquoi ça diminue la peur. De même, on ne sait pas au juste pourquoi parler à un ami soulage aussi profondément,

et je m'étonne qu'apparemment peu de gens soient curieux d'étudier la question¹⁹.

Le seul devoir des médecins est de faire tout leur possible pour soigner leurs malades. La pratique clinique est ainsi devenue une pépinière d'expérimentations. Certaines réussissent, d'autres échouent – et d'autres, comme l'EMDR et le Système familial intérieur (dont je parlerai plus loin), changent l'exercice de la thérapie. Valider tous ces traitements prend des décennies, d'autant plus qu'en général, le soutien à la recherche va aux méthodes à l'efficacité déjà prouvée. Je me rassure en songeant à l'histoire de la pénicilline : près de quarante ans se sont écoulés entre 1928, l'année où Fleming a découvert ses propriétés antibiotiques, et 1965, celle où ses mécanismes ont été finalement élucidés.

APPRENDRE À HABITER SON CORPS : LE YOGA

« Quand on commence à rééprouver un lien viscéral avec les besoins de son corps, on découvre une toute nouvelle capacité à s'aimer chaleureusement. On s'écoute avec une authenticité sans précédent, ce qui concentre notre attention vers la santé, la nourriture, l'énergie et la gestion du temps. Cette plus grande prévenance envers soi-même se fait, non par devoir, mais spontanément et donne un plaisir intrinsèque, immédiat à prendre soin de soi. »

Stephen Cope, Yoga and the Quest for the True Self

La première fois que j'ai vu Annie, elle était affalée sur une chaise dans ma salle d'attente, en jean délavé et T-shirt mauve. Ses jambes tremblaient et, même après que je l'ai invitée à entrer, elle a continué à regarder par terre. Je savais peu de chose sur elle, juste qu'elle avait quarante-sept ans et enseignait à des enfants handicapés. Son corps exprimait clairement qu'elle était trop terrifiée pour parler – voire donner des informations banales comme son assurance ou son adresse. Les gens aussi craintifs n'ont pas les idées claires, et leur demander la moindre chose les pousse à se fermer. Si on insiste, ils s'enfuient et on ne les revoit jamais.

Annie est entrée dans mon cabinet en traînant les pieds. Puis elle est restée debout, la respiration faible, tel un oiseau pétrifié. Je savais

que je n'arriverais à rien tant que je ne l'aurais pas aidée à se calmer. En restant à deux mètres d'elle et en veillant à ce qu'elle puisse accéder à la porte, je l'ai invitée à respirer un peu plus profondément. Je lui ai donné l'exemple, puis je lui ai dit de m'imiter, en levant doucement les bras pendant qu'elle inspirait et en les baissant tandis que j'expirais, une technique de qi gong que m'avait apprise un de mes étudiants chinois. Elle a suivi mes mouvements furtivement, les yeux toujours rivés au sol. Nous avons passé environ trente minutes ainsi. Peu à peu, sa respiration s'est faite plus lente et plus profonde, son visage s'est adouci, son dos s'est redressé légèrement et elle a levé les yeux au niveau de ma pomme d'Adam. J'ai commencé à distinguer la personne sous sa terreur extrême. Finalement, elle a paru plus détendue et m'a glissé un petit sourire. Je lui ai demandé de s'arrêter là pour l'instant – elle en avait assez fait – et si elle voulait revenir la semaine suivante. Elle a hoché la tête en marmonnant : « Vous, vous êtes bizarre. »

Au fil des séances, j'ai conclu des notes et des dessins qu'elle me donnait que son père *et* sa mère avaient atrocement abusé d'elle dans sa petite enfance. Son histoire s'est révélée très graduellement, à mesure qu'elle apprenait à évoquer certaines de ses souffrances sans que son corps soit envahi par une anxiété irrépressible.

J'ai découvert qu'elle était chaleureuse et très douée avec ses élèves handicapés. (J'ai essayé bon nombre de techniques qu'elle m'a conseillées sur les enfants de notre clinique, et je les ai trouvées excellentes.) Elle parlait librement des élèves de sa classe, mais se taisait dès que nous abordions ses rapports avec les adultes. Je savais qu'elle était mariée, mais elle mentionnait à peine son mari. Elle réagissait souvent aux conflits en fermant son esprit. Quand elle était bouleversée, elle se tailladait les seins et les bras. Elle avait passé des années à essayer une foule de thérapies et de médicaments, qui l'avaient très peu aidée à supporter les traces de son affreux passé. Elle avait aussi été admise dans plusieurs hôpitaux psychiatriques pour contenir ses tendances autodestructrices, toujours sans grand résultat, semblait-il.

Au début de son traitement, comme elle ne pouvait exprimer ses sentiments que par allusions, je me suis surtout efforcé de calmer son chaos physiologique. J'ai fait appel à chacune des techniques que j'avais peu à peu intégrées dans ma pratique, comme respirer en se concentrant sur l'expiration, ce qui détend en activant le système nerveux parasympathique. Je lui ai aussi appris à tapoter des points d'acupression sur plusieurs zones de son corps – une technique de libération émotionnelle souvent enseignée sous le nom d'EFT (*Emotional Freedom Technique*), qui aide les patients à ne pas dépasser leur seuil de tolérance et a souvent une influence positive sur les symptômes du SSPT¹.

LES SÉQUELLES DU CHOC INÉLUCTABLE

Maintenant que nous connaissons les circuits cérébraux impliqués dans le système d'alarme, nous pouvons plus ou moins comprendre ce qui se passait dans le cerveau d'Annie la première fois qu'elle s'est assise dans ma salle d'attente : son détecteur de fumée, l'amygdale, avait été reprogrammé pour considérer certaines situations comme des signes de danger et bombardait son cerveau de signaux de lutte, de fuite ou de blocage. Annie avait toutes ces réactions en même temps – elle était visiblement agitée et mentalement fermée.

L'altération des systèmes d'alarme peut, on l'a vu, se manifester diversement, et si le détecteur de fumée fonctionne mal, on ne peut pas se fier à ses perceptions. Par exemple, quand Annie a commencé à m'apprécier, la perspective de nos séances la réjouissait mais elle arrivait à mon cabinet complètement paniquée. Un jour, elle a eu un flash-back : le souvenir d'un élan de joie à l'idée que son père allait bientôt rentrer – mais plus tard, ce soir-là, il avait abusé d'elle. Pour la première fois, elle s'est rendu compte que son esprit associait automatiquement sa joie de voir un être aimé avec sa peur d'être agressée.

Les petits enfants sont particulièrement doués pour compartimenter les expériences : l'amour naturel d'Annie pour son père et sa terreur de ses assauts étaient placés dans des états de conscience séparés. À l'âge adulte, Annie se reprochait d'avoir été violée, croyant avoir excité son père par son amour et son enthousiasme – avoir elle-même causé ce qu'elle avait subi. Son esprit rationnel lui disait que c'était absurde, mais cette conviction émanait du fond de son cerveau émotionnel, des circuits élémentaires de son système limbique. Cette certitude n'a changé que lorsqu'elle s'est sentie assez en sécurité dans son corps pour revenir sur cette expérience en pleine conscience, afin de savoir vraiment ce qu'elle avait éprouvé et comment elle avait agi dans ces moments terribles.

L'ENGOURDISSEMENT INTÉRIEUR

Le souvenir de l'incapacité à se défendre est conservé de diverses manières, dont des tensions musculaires et des impressions de désintégration dans les zones concernées : la tête, le dos ou les membres chez les accidentés, le vagin ou le rectum chez les victimes de viol. La vie de nombreux traumatisés finit par tourner autour de deux pôles – résister aux expériences sensorielles indésirables et les neutraliser – et la plupart de mes patients sont devenus experts en engourdissement. Ils peuvent être périodiquement obèses ou anorexiques, accros au travail ou à l'exercice. Au moins la moitié des traumatisés tentent d'anesthésier leur monde intérieur par l'alcool ou la drogue. La recherche des sensations est le revers de l'engourdissement. Beaucoup cherchent à dissiper cette hébétude en se scarifiant ; d'autres essaient le saut à l'élastique ou des activités à haut risque, comme la prostitution et le jeu – des méthodes qui peuvent toutes donner à tort un sentiment de contrôle paradoxal.

Quand les gens sont chroniquement effrayés ou furieux, leur tension musculaire constante finit par causer divers problèmes physiques : spasmes, lombalgies ou migraines, fibromyalgie et autres formes de douleur chronique. Ils peuvent consulter de nombreux

spécialistes, subir des examens approfondis et se faire prescrire quantité de médicaments, dont certains pourront les soulager temporairement – mais aucun ne traitera leurs problèmes sous-jacents. Leur réalité sera finalement définie par leur diagnostic, qui ne sera jamais considéré comme un symptôme de leur tentative de s'affranchir d'un traumatisme.

J'ai passé les deux premières années de la thérapie d'Annie à l'aider à supporter ses sensations pour ce qu'elles étaient – seulement des perceptions fugaces – et à maintenir en elle un calme suffisant pour qu'elle remarque sans jugement tout ce qu'elle éprouvait. Peu à peu, elle a pu considérer ses sentiments parasites comme de simples vestiges du passé, non plus comme d'éternelles menaces sur sa vie actuelle.

Les patients tels qu'Annie nous mettent constamment au défi de trouver de nouveaux moyens d'aider les traumatisés à réguler leur excitation et à contrôler leurs fonctions vitales. C'est ainsi que notre équipe du Trauma Center est tombée sur le yoga.

TROUVER LE CHEMIN DU YOGA : LA RÉGULATION DE HAUT EN BAS

Notre intérêt pour le yoga est né en 1998, quand Jim Hopper* et moi avons entendu parler d'un nouveau marqueur biologique, la variabilité de la fréquence cardiaque (VFC), qui permettait d'évaluer le fonctionnement du système nerveux autonome. Comme je l'ai dit au chapitre 5, le système nerveux autonome est le mécanisme de survie le plus élémentaire du cerveau. Ses deux branches régulent l'excitation dans tout l'organisme : l'une, le système nerveux sympathique (SNS), utilise des substances chimiques comme l'adrénaline pour pousser le cerveau et le corps à l'action ; l'autre, le système nerveux parasympathique (SNP), se sert de l'acétylcholine pour réguler

* Thérapeute et chercheur en neurobiologie du traumatisme, Jim Hopper enseigne la psychologie à la faculté de médecine de Harvard. (N.D.T.)

des fonctions de base comme la digestion, la cicatrisation, les cycles du sommeil et des rêves. Quand on est au mieux de sa forme, ces deux systèmes collaborent étroitement pour maintenir une interaction optimale entre le corps, le cerveau et l'environnement.

La variabilité de la fréquence cardiaque mesure l'équilibre relatif entre les systèmes sympathique et parasympathique. Pendant l'inspiration, on stimule le premier, ce qui accélère les battements du cœur. Durant l'expiration, on active le second, ce qui les ralentit. Lorsqu'on est en bonne santé, inspirer et expirer crée des fluctuations régulières de la fréquence cardiaque : une bonne variabilité de celle-ci est un indice du bien-être de base.

Pourquoi la VFC est-elle importante ? Quand le système nerveux est équilibré, on peut modérer sa réaction aux frustrations mineures, ce qui permet de juger posément ce qui se passe lorsqu'on se sent exclu ou insulté. Bien moduler son excitation donne un contrôle sur ses impulsions et ses émotions : tant qu'on arrive à rester calme, on peut choisir comment réagir. Quand on a un système nerveux autonome mal modulé, on se laisse facilement démonter, tant mentalement que physiquement. Comme le système nerveux sympathique organise l'excitation à ces deux niveaux, une mauvaise variabilité de la fréquence cardiaque – qui se traduit par un défaut de fluctuation du rythme du cœur quand on respire – a des effets négatifs, non seulement sur les sentiments, mais sur la manière dont le corps réagit au stress. Le manque de cohérence entre la respiration et la fréquence cardiaque fragilise face à diverses maladies physiques, telles que le cancer et les troubles cardiaques, auxquelles s'ajoutent des problèmes psychiques comme le SSPT et la dépression².

En vue de creuser la question, nous avons acheté un appareil pour mesurer la VFC. Puis nous avons posé des bandes autour de la poitrine de sujets, traumatisés ou non, afin d'enregistrer le rythme et la profondeur de leur respiration, tandis que des moniteurs fixés sur leurs oreilles prenaient leur pouls. Après avoir testé une soixantaine de personnes, il est apparu clairement que la variabilité de

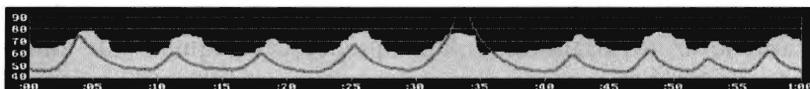
la fréquence cardiaque était anormalement basse chez celles qui souffraient d'un SSPT. Autrement dit, dans le syndrome de stress post-traumatique, les systèmes nerveux sympathique et parasympathique sont désynchronisés³. Cela confirmait le dysfonctionnement d'un énième système de régulation du cerveau⁴, rendant encore un peu plus complexe l'histoire du traumatisme. L'incapacité à maintenir ce système en équilibre explique donc en partie pourquoi les traumatisés surréagissent à des stress relativement faibles : les systèmes biologiques censés les aider à faire face aux aléas de la vie n'arrivent pas à relever le défi.

Cela nous a amenés à nous demander s'il existait un moyen d'améliorer la variabilité de la fréquence cardiaque. J'étais moi-même motivé pour faire cette recherche, car j'avais découvert que la mienne était loin d'être suffisante pour garantir la solidité de ma santé à long terme. En fouillant sur Internet, j'ai trouvé des études montrant que la pratique du marathon augmentait sensiblement la VFC. Cela ne m'a malheureusement pas aidé, car ni mes patients ni moi n'étions aptes à courir le marathon de Boston. Google comptait aussi 17 000 sites affirmant que le yoga améliorait la VFC mais il n'existait, apparemment, aucune étude probante sur le sujet. Les yogis ont peut-être mis au point une merveilleuse technique pour aider à trouver l'équilibre intérieur et la santé, mais en 1998, peu de travaux avaient été réalisés pour l'évaluer avec les outils de la médecine occidentale.

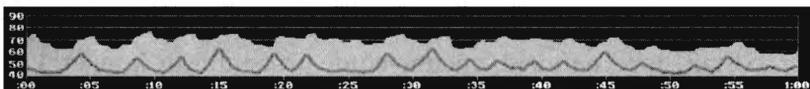
Toutefois, des méthodes scientifiques ont depuis confirmé que changer de mode de respiration peut atténuer la colère, la dépression et l'anxiété⁵ – et que le yoga tempère des troubles aussi divers que l'asthme, l'hypertension artérielle, la sécrétion d'hormones du stress⁶ et les douleurs lombaires⁷. Mais aucune revue de psychiatrie n'avait rien publié sur l'intérêt de cette discipline pour le SSPT avant la parution de nos travaux, en 2014⁸.

Le hasard a voulu que, quelques jours après notre recherche sur Internet, un professeur de yoga, David Emerson, franchisse la porte du Trauma Center. Il nous a appris qu'il avait mis au point

une forme de hatha yoga modifié pour soigner le SSPT, et qu'il l'avait mise en œuvre avec des vétérans et des victimes de viol de la région de Boston. Avions-nous envie de travailler avec lui? Sa visite a abouti à la création d'un programme de yoga très actif et nous avons reçu à temps la première subvention pour étudier les effets du yoga sur le traumatisme. Le travail de David m'a aussi conduit à le pratiquer et même à l'enseigner à Kripalu, un centre de yoga situé dans les monts Berkshire, à l'ouest du Massachusetts. (Entre-temps, la variabilité de ma fréquence cardiaque s'était aussi améliorée.)



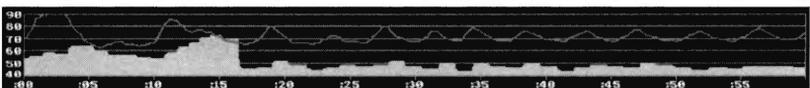
Variabilité de la fréquence cardiaque (VFC) chez une personne bien régulée. Les lignes noires montantes et descendantes représentent la respiration, ici des inspirations et des expirations lentes et régulières. La zone grise montre les fluctuations du rythme cardiaque. Quand le sujet inspire, son rythme cardiaque s'élève; lorsqu'il expire, il ralentit. Ce mode de variabilité de la fréquence cardiaque est signe d'une excellente santé physiologique.



Réaction à un bouleversement. Pendant l'évocation d'une expérience perturbante, la respiration s'accélère et devient irrégulière, comme le rythme cardiaque. L'une et l'autre ne sont plus parfaitement synchronisés. C'est une réaction normale.



La VFC dans le SSPT. La respiration est rapide et superficielle. Le rythme cardiaque est lent, non synchronisé avec elle. C'est un état caractéristique d'un patient fermé, souffrant d'un SSPT chronique.



Personne atteinte d'un SSPT chronique revivant un souvenir traumatique. Au début, la respiration est difficile et profonde, typique d'une réaction de panique. Le cœur s'emballé, désynchronisé par rapport à elle. S'ensuivent une respiration rapide et superficielle et un rythme cardiaque lent, des signes que le sujet se ferme.

En choisissant d'explorer le yoga pour améliorer la VFC, nous adoptons une approche large du problème. Nous aurions simplement pu utiliser un des appareils portatifs qui exercent à ralentir sa respiration et à la synchroniser avec le rythme de son cœur, pour créer un état de « cohérence cardiaque⁹ » (illustré par le premier graphique ci-dessus). Il existe aujourd'hui de nombreuses applications qui peuvent aider à améliorer la VFC avec un smartphone¹⁰. Dans notre clinique, des postes de travail permettent aux patients d'exercer leur VFC et j'incite tous ceux qui, pour une raison ou une autre, ne peuvent pas pratiquer le yoga, les arts martiaux ou le qi gong, à s'entraîner chez eux.

L'EXPLORATION DU YOGA

Notre décision d'étudier le yoga nous a permis d'approfondir les retombées physiques du traumatisme. Nos premiers cours expérimentaux se sont déroulés dans une salle généreusement prêtée par un atelier proche du Trauma Center. David Emerson et ses collègues, Dana Moore et Jodi Carey, ont été nos instructeurs bénévoles, et mon équipe de recherche a trouvé un moyen de mieux mesurer les effets du yoga sur le fonctionnement psychique. Nous avons posé des affiches dans des supermarchés et des laveries automatiques pour annoncer la création de nos cours, et interviewé les douzaines de personnes qui se sont déclarées intéressées. Parmi elles, nous avons choisi 37 femmes souffrant d'un traumatisme grave, qui avaient passé de nombreuses années en thérapie sans progrès notable. La moitié ont été affectées au groupe de yoga et les autres soumises à la thérapie comportementale dialectique, un traitement qui apprend à utiliser la pleine conscience pour rester maître de soi. Enfin, nous avons chargé un ingénieur du MIT de construire un ordinateur complexe, qui pouvait mesurer la VFC de huit personnes à la fois. (Chaque groupe d'étude comprenait de multiples classes, dont aucune n'excédait huit élèves.) Les résultats ont été concluants : le yoga a nettement amélioré les problèmes d'excitation

du au traumatisme – et spectaculairement le rapport des sujets à leur corps (« Depuis, je prends soin de lui », a déclaré une femme; « J'écoute ses besoins », a dit une autre) –, alors que deux mois de thérapie comportementale dialectique chez les sujets de ce groupe n'avaient modifié ni leurs niveaux d'excitation ni leurs symptômes de SSPT. Notre intérêt pour le yoga a donc peu à peu évolué, passant d'une curiosité pour sa capacité à changer la VFC (c'est le cas¹¹) à son enseignement pratique, afin d'apprendre aux traumatisés à bien habiter leur corps torturé.

Avec le temps, nous avons aussi créé un cours de yoga pour les marines du camp Lejeune* et, en collaborant avec diverses structures, des cours pour les anciens combattants qui souffraient de SSPT. Nous n'avons pas de données de recherches officielles sur ces derniers, mais le yoga semble avoir été aussi efficace pour les vétérans que pour les femmes qui ont participé à nos études.

Tous les cours de yoga consistent en un mélange d'exercices respiratoires (*pranayama*), d'étirements ou de postures (*asanas*), et de méditation. Différentes écoles mettent l'accent sur les variations d'attention et d'intensité au sein de ces éléments. Par exemple, varier la profondeur et la vitesse de la respiration, utiliser plus ou moins la bouche, les narines et la gorge crée des effets distincts, et certaines techniques ont un effet puissant sur l'énergie¹². Dans nos cours, nous optons pour une approche simple. Comme beaucoup de patients ont à peine conscience de leur respiration, se concentrer sur l'inspiration et l'expiration, remarquer si le souffle est rapide ou lent, et compter les respirations dans certaines postures peut déjà être un grand pas¹³.

Nous introduisons peu à peu un nombre limité de postures classiques. Le but n'est pas d'amener les patients à « bien les faire », mais de les aider à remarquer les muscles qui interviennent à différents moments. Nous construisons les séquences de manière à créer

* Base du corps des marines située à Jacksonville, en Caroline du Nord. (N.D.T.)

un rythme entre la tension et la détente, dans l'espoir qu'ils commencent à sentir cette alternance dans leur vie quotidienne.

Nous n'enseignons pas la méditation en tant que telle, mais nous stimulons la pleine conscience en amenant les patients à observer ce qui se passe dans plusieurs zones de leur corps d'une posture à l'autre. Au cours de nos études, nous voyons constamment à quel point les traumatisés ont du mal à se sentir entièrement détendus et en sécurité dans leur peau. En effet, quand nous mesurons leur VFC en plaçant de petits moniteurs sur leurs bras pendant *shavasana*, la posture qui clôt généralement les cours – allongés sur le dos, paumes vers le haut, bras et jambes relâchés –, nous captons, non une détente, mais une activité musculaire excessive qui brouille le relevé. Au lieu de se mettre au repos, leurs muscles continuent souvent à les préparer à combattre des ennemis invisibles. Une des choses les plus difficiles, pour surmonter un traumatisme, reste la capacité à atteindre un état de détente totale et d'abandon paisible.

APPRENDRE L'AUTORÉGULATION

Vu le succès de nos études pilotes, nous avons créé un cours de yoga thérapeutique au Trauma Center. Jugeant que c'était l'occasion pour Annie de développer une relation plus bienveillante avec son corps, je l'ai poussée à l'essayer. La première séance a été éprouvante. Le simple fait que l'instructeur ait rectifié sa posture était si terrifiant qu'en rentrant chez elle, elle s'est scarifiée : pour son système d'alarme dérégulé, même un léger contact sur son dos semblait une agression. Toutefois, elle a pris conscience que le yoga pouvait lui offrir un moyen de se libérer de l'impression d'être toujours en danger dans son corps. Forte de mes encouragements, elle est revenue la semaine suivante.

Annie avait toujours trouvé plus facile de s'exprimer par écrit qu'en paroles. Après sa deuxième séance, elle m'a envoyé ce message : « Je ne saurais dire toutes les raisons qui font que le yoga me

terrifie autant, mais je suis sûre qu'il sera pour moi une formidable source de guérison. Le yoga consiste à regarder en soi et à écouter son corps, et ma survie a largement tourné autour de la tentative de ne jamais faire ces choses-là. Aujourd'hui, en allant au cours, j'ai senti mon cœur s'emballer et j'avais à moitié envie de faire demi-tour, mais j'ai continué à mettre un pied devant l'autre jusqu'à la porte et je l'ai poussée. À la fin de la séance, je suis rentrée et j'ai dormi quatre heures. Cette semaine, j'ai essayé de faire du yoga chez moi et, soudain, les mots suivants me sont venus : "Ton corps a des choses à dire." J'ai répondu intérieurement : "Je vais essayer de les écouter." »

Quelques jours plus tard, Annie m'a à nouveau écrit : « Des bribes de pensées que j'ai eues pendant et après le yoga aujourd'hui : j'ai mesuré à quel point je dois être déconnectée de mon corps quand je me scarifie ; en faisant les postures, j'ai remarqué que ma mâchoire et toute la zone entre mes orteils et mon nombril étaient crispées, à force de garder la douleur et les souvenirs ; parfois, vous m'avez demandé où j'éprouvais les choses et je ne pouvais même pas commencer à les situer ; aujourd'hui, je les ai senties très clairement et ça m'a donné envie de pleurer, mais paisiblement. »

Le mois suivant, nous sommes tous les deux partis en vacances et, sur mon invitation, Annie m'a écrit : « J'ai fait du yoga toute seule dans une pièce donnant sur le lac. Je continue à lire l'essai que vous m'avez prêté [le merveilleux livre de Stephen Cope, *Yoga and the Quest for the True Self*]. C'est vraiment intéressant de voir à quel point j'ai pu refuser d'écouter mon corps, qui forme une grande partie de ce que je suis. Hier, pendant le yoga, j'ai pensé à le laisser raconter l'histoire qu'il a à dire et, pendant les postures d'ouverture des hanches, il y avait beaucoup de douleur et de tristesse. Je ne crois pas que mon esprit va laisser remonter des images très nettes tant que je ne suis pas chez moi, et cela vaut mieux. Je mesure aujourd'hui à quel point j'ai été déséquilibrée et tous les efforts que j'ai faits pour tenter de nier le passé, alors qu'il fait partie de mon

moi véritable. J'ai beaucoup à apprendre si je m'ouvre à mes souvenirs : cela me permettra de ne pas lutter sans cesse contre moi. »

Une des postures de yoga les plus dures à adopter pour Annie était celle qu'on appelle le « Bébé Heureux » : allongée sur le dos, les genoux fléchis, les plantes de pieds vers le plafond, en tenant ses orteils avec ses mains. Cela fait tourner le pelvis dans une position grande ouverte. On comprend pourquoi les victimes de viol se sentent extrêmement vulnérables dans cette posture. Mais, tant que celle-ci (ou toute posture analogue) crée une forte panique, il est difficile d'avoir des relations intimes. Beaucoup de nos patients ont du mal à la prendre facilement.

APPRENDRE À SE CONNAÎTRE : CULTIVER L'INTÉROCEPTION¹⁴

Une des leçons les plus claires des neurosciences est que la perception de soi est ancrée dans un lien vital avec son corps¹⁵. On ne se connaît vraiment que si on peut éprouver et déchiffrer ses sensations physiques : il faut les écouter pour naviguer sans encombre dans la vie. L'engourdissement (ou la quête de sensations compensatoires) rend peut-être la vie tolérable, mais se paye par la perte de conscience des états intérieurs et, a fortiori, du sentiment d'être pleinement vivant.

Au chapitre 6, j'ai parlé de l'alexithymie, l'inaptitude à définir ce qui se passe en soi¹⁶. Les alexithymiques ont tendance à se sentir mal à l'aise physiquement, mais ne peuvent pas décrire précisément ce qu'ils ont. Ils souffrent donc souvent d'affections multiples, vagues et pénibles, impossibles à diagnostiquer. Ils ne peuvent pas non plus déterminer ce qu'ils pensent d'une situation donnée, ou ce qui les porte à aller mieux et inversement. C'est la conséquence de l'engourdissement, qui les empêche d'anticiper les exigences normales de leur corps et d'y réagir par des moyens calmes et conscients. En même temps, l'alexithymie émousse les plaisirs sensoriels comme ceux de la musique, du toucher et de la lumière, qui

donnent tout son prix à la vie. Le yoga se révèle un excellent moyen de renouer avec son monde intérieur et avec une relation aimante, bienveillante et sensuelle avec son moi.

Si on n'a pas conscience des besoins de son corps, on ne peut pas en prendre soin. Si on n'éprouve pas la faim, on ne peut pas se nourrir. Si on confond l'anxiété avec l'appétit, on risque de se gaver. Voilà pourquoi cultiver la conscience sensorielle est essentiel pour surmonter le traumatisme. La plupart des thérapies traditionnelles sous-estiment ou négligent les variations constantes des sensations. Or, ces fluctuations contiennent l'essence des réactions de l'organisme – les états émotionnels qui s'impriment dans le profil chimique du corps, dans les viscères, les contractions des muscles du visage, de la gorge, du tronc et des membres¹⁷. Les traumatisés doivent apprendre qu'ils peuvent tolérer leurs sensations, s'entendre avec ce qu'ils éprouvent et exercer de nouveaux modes d'action.

Quand on fait du yoga, on centre son attention sur sa respiration et ses variations sensorielles. Dès lors, on commence à voir le rapport entre ses émotions et son corps – peut-être que l'angoisse de faire une posture nous déséquilibre – et qu'on peut modifier ses états intérieurs. Inspirer profondément soulagera-t-il la tension que l'on a dans l'épaule ? Se concentrer sur ses expirations va-t-il produire une sensation de calme¹⁸ ?

Le simple fait de constater ce qu'on éprouve développe la régulation émotionnelle et aide à ne plus tenter d'ignorer ce qui a lieu en soi. Comme je dis souvent à mes étudiants, les deux formules les plus importantes de la thérapie et du yoga sont : « Observez » et « Que se passe-t-il ensuite ? ». Dès qu'on commence à aborder son corps avec curiosité plutôt qu'avec appréhension, tout change.

La conscience corporelle change aussi la notion du temps. Le traumatisme donne l'impression d'être à jamais plongé dans une horreur insurmontable. En faisant du yoga, on apprend que les sensations atteignent un paroxysme, puis déclinent. Par exemple, si on nous invite à prendre une posture délicate, on éprouvera peut-être une résistance au départ, en craignant de ne pas supporter les

émotions qu'elle réveille en nous. Un bon professeur nous engagera simplement à remarquer nos tensions, en accordant ce que nous ressentons avec notre flux respiratoire : « Nous allons tenir cette posture pendant dix respirations. » Cela nous aide à prévoir la fin de l'inconfort et augmente notre aptitude à tolérer la détresse physique et émotionnelle. La conscience que toute expérience est transitoire change notre perspective sur nous-mêmes.

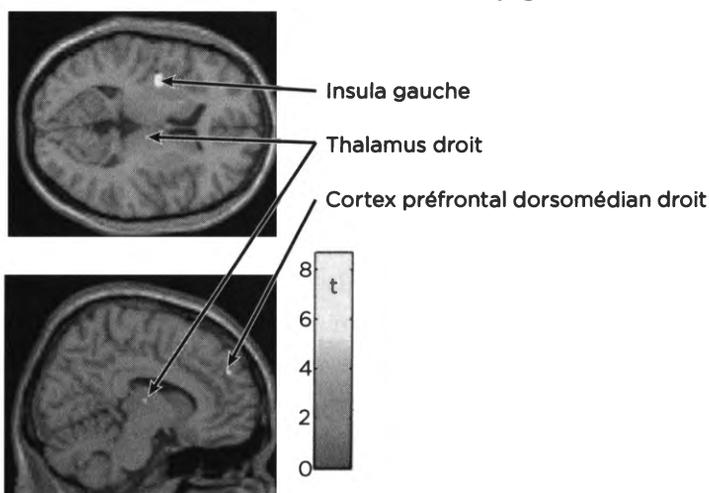
Cela ne signifie pas que retrouver sa sensibilité intéroceptive ne puisse pas être perturbant. Que se passe-t-il quand une sensation dans la poitrine nous fait ressentir de la peur ou de la rage ? Lors de notre première étude sur le yoga, nous avons enregistré un taux de défection de 50 %. Interrogés sur leurs raisons de partir, ces patients nous ont dit qu'ils avaient trouvé le cours trop intense : toute posture liée au bassin pouvait être source d'une forte panique, voire de flash-back d'agressions sexuelles. Ces sensations violentes déchaînaient les démons du passé, qu'ils avaient soigneusement maîtrisés par l'engourdissement. Cela nous a appris à avancer lentement, souvent à un rythme d'escargot. Cette approche s'est révélée payante : lors de notre étude la plus récente, seul un des 34 participants a abandonné.

LE YOGA ET LES NEUROSCIENCES DE LA CONSCIENCE DE SOI

Ces dernières années, des spécialistes du cerveau, notamment mes collègues de Harvard, Sara Lazar et Britta Hölzel, ont montré que la méditation intensive exerce un effet positif sur les zones cérébrales qui sont cruciales pour l'autorégulation physiologique¹⁹. Notre dernière étude sur le yoga, portant sur six femmes gravement traumatisées dans leur enfance, a suggéré aussi que vingt semaines de pratique augmentaient l'activation des aires chargées de la conscience de soi élémentaire : l'insula et le cortex préfrontal médian (voir le chapitre 6). Cette recherche n'est pas encore terminée, mais elle ouvre de nouvelles perspectives sur la manière dont

certaines activités, qui poussent à remarquer et à apprivoiser ses sensations physiques, peuvent créer de profonds changements dans le corps et l'esprit – et conduire ainsi à la guérison du traumatisme.

**Participants au yoga (6) Groupe témoin (2)
Amélioration de l'état à la suite du yoga**



Effets d'un cours de yoga hebdomadaire. Au bout de vingt semaines, des femmes souffrant d'un traumatisme chronique ont développé une activation accrue des structures cérébrales impliquées dans l'autorégulation : l'insula et le cortex préfrontal médian.

Après chacune de nos études sur le yoga, nous avons sondé les participants sur l'effet que les cours avaient eu sur eux. Nous n'avons jamais parlé d'intéroception ni de l'insula, réduisant au minimum les explications et la discussion pour qu'ils puissent se concentrer sur leur intériorité.

Voici un échantillon de leurs réponses :

- « Mes émotions me semblent plus puissantes. C'est peut-être parce que, maintenant seulement, je peux les reconnaître. »
- « Je peux mieux exprimer mes sentiments parce que j'arrive davantage à les distinguer. Je les sens dans mon corps, je les constate et je les écoute. »

- « À présent, je vois des choix, de multiples voies. Je peux décider de ma vie. Je n'ai pas à la reproduire ni à la vivre comme un enfant. »
- « J'ai réussi à bouger mon corps et à m'y sentir rassurée sans me faire mal ou être blessée. »

APPRENDRE À COMMUNIQUER

Une fois en sécurité dans son corps, on peut commencer à traduire en mots les souvenirs qui nous perturbaient jusque-là. Au bout d'un an de pratique du yoga, Annie a observé qu'elle pouvait me parler plus librement de son passé traumatique. À ses yeux, c'était presque miraculeux. Un jour où elle avait renversé un verre d'eau, je me suis approché avec un Kleenex en disant : « On va nettoyer ça. » Cela a provoqué une vive, mais brève, réaction de panique. Elle est arrivée à se contenir rapidement et m'a expliqué pourquoi cette phrase l'avait bouleversée : c'était exactement ce que disait son père après l'avoir violée. Le lendemain, elle m'a écrit : « Vous êtes-vous aperçu que j'ai pu dire cette phrase à voix haute ? Je n'ai pas eu à l'écrire pour vous dire ce qui s'était passé. Je n'ai pas perdu confiance en vous parce que vous aviez prononcé des mots qui m'avaient perturbée. J'ai compris que c'était leur contexte qui m'avait ébranlée, que ce n'étaient pas des mots terribles frappés d'un interdit. »

Annie continue à faire du yoga et à m'écrire : « Aujourd'hui, je suis allée à un cours du matin dans mon nouveau studio. Le professeur nous a demandé d'inspirer le plus possible et de remarquer notre limite. Elle a dit que, si on a conscience de sa respiration, on est dans le présent parce qu'on ne peut pas respirer dans le futur ou le passé. Je n'en revenais pas de pratiquer la respiration ainsi, juste après cette explication, comme si j'avais reçu un cadeau. Pour moi, certaines postures peuvent être éprouvantes. Aujourd'hui, c'était le cas deux fois, dans une posture où on a les jambes levées comme une grenouille et une autre où on respire profondément jusqu'au bassin. J'ai eu un début de panique, surtout dans la deuxième, en

pensant : “Oh non... Ce n’est pas une partie de mon corps que je veux sentir.” Mais ensuite, j’ai pu me contenir en me disant : “Note que cette partie de ton corps contient des expériences, puis passe à autre chose. Tu n’as pas à t’y attarder, pas non plus à t’en détourner, prends-la juste comme une information.” Je ne sais pas si j’étais déjà arrivée à faire ça aussi consciemment. Alors, je me suis dit que, si je pouvais remarquer les choses sans être trop effrayée, j’aurais moins de mal à me faire confiance. »

Dans un autre message, Annie a réfléchi aux changements qui s’étaient opérés dans sa vie : « J’ai lentement appris à éprouver mes sentiments simplement, sans qu’ils me bouleversent. Ma vie est plus gérable : j’y adhère davantage et je suis plus présente sur le moment. Je supporte mieux le contact physique. Mon mari et moi prenons plaisir à regarder des films au lit, blottis l’un contre l’autre... un énorme pas. Tout cela m’a finalement aidée à être plus proche de lui. »

RASSEMBLER LES PIÈCES DU PUZZLE : LE LEADERSHIP DU SELF

« L'être humain est une chambre d'hôtes. Chaque matin est une nouvelle arrivée. Une joie, une dépression, une mesquinerie, une conscience momentanée vient comme un visiteur inattendu... Recevez-les. Traitez honorablement tous ces passants. La honte, la malveillance, la sombre pensée, accueillez-les à la porte en riant et faites-les entrer. Réjouissez-vous de leur venue, car chaque hôte a été envoyé comme un guide de l'au-delà. »

Rumi*

« Un homme présente autant de *moi* en société qu'il se trouve de gens pour le reconnaître. »

William James, *Les Principes de psychologie*

C'était au début de ma carrière. Je suivais depuis trois mois Mary, une jeune femme timide et solitaire, pour traiter les séquelles ravageuses de ses sévices infantiles. Un jour, en ouvrant la porte de ma salle d'attente, je l'ai découverte debout en minijupe, les cheveux teints en roux, dans une pose provocante. « Vous devez être le docteur van der Kolk, a-t-elle lancé. Je m'appelle Jane, et je viens vous dire

* Poète mystique persan du XIII^e siècle. (N.D.T.)

de ne pas croire aux mensonges que Mary vous a racontés. Je peux entrer pour vous parler d'elle?» Malgré ma surprise, j'ai réussi à ne pas contredire «Jane» et je l'ai écoutée jusqu'au bout. Au cours de la séance, j'ai fait la connaissance, non seulement de «Jane», mais d'une petite fille blessée et d'un adolescent révolté. Ainsi a commencé un long traitement fructueux.

Le cas de Mary m'a confronté pour la première fois au trouble dissociatif de l'identité (TDI), qu'on appelait à l'époque «trouble de la personnalité multiple». Ses symptômes – dissociation et apparition d'identités distinctes – ont beau être spectaculaires, ils ne forment que l'extrémité du spectre de la vie mentale. Nous sommes tous habités par des impulsions contradictoires, mais les traumatisés encore plus, car ils doivent faire appel à des mesures extrêmes pour survivre. Explorer, voire s'entendre avec ces parties de soi contribue pour beaucoup à la guérison.

LES TEMPS DÉSESPÉRÉS RÉCLAMENT DES MESURES DÉSESPÉRÉES

Chacun sait ce qui arrive quand on est humilié : on emploie toute son énergie à se protéger. On peut refouler ses sentiments, se mettre en colère ou tramer sa vengeance. Nombre de comportements qui passent pour des problèmes psychiatriques – dont certaines obsessions, compulsions et crises de panique, ainsi que la plupart des conduites autodestructrices – ont été initialement des tactiques d'autodéfense. Ces adaptations au traumatisme peuvent entraver la capacité de fonctionnement au point que les psychiatres, et les patients eux-mêmes, croient souvent qu'un plein rétablissement est impossible. Tenir ces symptômes pour des handicaps permanents ramène le but du traitement à trouver le bon cocktail de médicaments, ce qui peut créer une dépendance à vie – comme si les victimes de traumatisme étaient des insuffisants rénaux sous dialyse¹.

Il est beaucoup plus utile de considérer l'arrogance ou la passivité, la colère ou la dépression, comme des comportements appris : à un moment donné, le patient a fini par croire qu'il ne pourrait survivre qu'en étant dur, invisible ou absent, ou que céder était plus sûr. De même que les souvenirs traumatiques ne cessent de surgir jusqu'à ce qu'on les enterre, les adaptations traumatiques persistent jusqu'à ce que l'organisme soit suffisamment rassuré pour intégrer toutes ses parties qui ont été bloquées en tentant de combattre ou d'éviter le traumatisme.

Chacun des traumatisés que j'ai rencontrés est résilient à sa manière, et l'endurance de tous commande le respect. Sachant combien d'énergie ils déploient pour survivre, je ne m'étonne pas du prix qu'ils doivent souvent payer : l'absence de rapport bienveillant avec leur corps, leur esprit et leur âme.

Tenir laisse des traces. Beaucoup d'enfants préfèrent se détester que risquer de perdre leurs parents en fuyant ou en exprimant leur colère. Les enfants maltraités ont tendance à se croire foncièrement odieux ; c'est la seule manière dont leur esprit immature peut expliquer pourquoi ils ont été malmenés : ils oublient les violences qu'ils ont subies ; ils refoulent leur désespoir ou leur rage ; ils anesthésient leurs sensations physiques. Si on a été brutalisé dans son enfance, on garde souvent en soi une partie juvénile figée dans le temps, cramponnée à cette haine de soi et à ce déni. Beaucoup d'adultes rescapés d'événements terribles sont pris dans le même piège. Refouler des sentiments intenses peut induire une grande adaptabilité à court terme, par exemple en facilitant la concentration sur des tâches essentielles, comme sauver un camarade ou reconstruire sa maison.

Les problèmes arrivent plus tard. Après avoir vu un ami sauter sur une mine, un soldat démobilisé peut tenter de chasser ce choc de son esprit. Un côté protecteur en lui le rendra compétent dans son travail et jovial avec ses collègues ; mais il pourra exploser de colère contre sa compagne, ou se bloquer quand le plaisir de s'abandonner à sa caresse lui donnera l'impression de ne plus se contrôler. Comme il n'aura sans doute pas conscience d'associer l'abandon à

la paralysie qui l'a frappé à la mort de son ami, un deuxième côté protecteur créera une diversion : il se mettra en colère et, ne sachant pourquoi, il pensera être hérissé par quelque chose qu'aura fait sa compagne. S'il continue à s'emporter contre elle (et ses compagnes ultérieures), il s'isolera de plus en plus. Mais il ne comprendra jamais que sa partie traumatisée est réveillée par la passivité et qu'une autre part de lui intervient pour protéger cette facette vulnérable. C'est en aidant toutes ces entités à renoncer à leurs croyances extrêmes que la thérapie peut être salvatrice.

Comme on l'a vu au chapitre 13, pour se remettre du traumatisme, il est impératif d'apprendre à vivre avec les souvenirs du passé sans en être ébranlé. Mais la plupart des traumatisés, même ceux qui fonctionnent bien, voire brillamment, dans certains domaines de leur vie, sont confrontés à un plus grand défi : reconfigurer un système corps-esprit constitué par eux pour supporter le pire. Ils doivent donc revisiter, non seulement leurs souvenirs traumatiques pour les intégrer, mais aussi les parties d'eux-mêmes qui ont développé les habitudes défensives qui les ont aidés à survivre.

L'ESPRIT EST UNE MOSAÏQUE

Nous sommes tous faits de plusieurs parties. En ce moment même, une part de moi souhaite faire la sieste. Une autre, encore blessée par un e-mail choquant, brûle de cliquer sur « Réponse » pour envoyer une réplique mordante, et une troisième préfère laisser tomber. Les gens qui me connaissent ont pu voir mes côtés extrêmes, irritables et sincères ; certains ont rencontré ce petit chien hargneux qui vit en moi. Mes enfants, eux, se souviennent de moi en vacances sous mes dehors espiègles et aventureux.

Quand vous arrivez au bureau le matin et que vous voyez des nuages s'accumuler au-dessus de la tête de votre patron, vous savez parfaitement à quoi vous attendre. Ce dernier a une voix, un langage et une posture caractéristiques, très différents d'hier, où il vous montrait des photos de ses enfants. Les parties qui nous composent

ne sont pas seulement des sentiments, mais des façons d'être, chacune avec ses convictions, ses intentions et son rôle dans l'écologie de notre existence.

La manière dont on s'entend avec soi-même dépend largement d'un talent de leadership intérieur : de l'aptitude à écouter toutes les parties de sa personnalité, à veiller à ce qu'elles se sentent choyées et à les empêcher de s'écharper. Chacune paraît souvent entière, alors qu'elle n'est qu'un élément d'une constellation de pensées, de sensations et d'émotions. Si Margaret, au milieu d'une dispute, hurle : « Je te déteste ! » Joe pense plutôt qu'elle le méprise – et c'est peut-être vrai. Mais en fait, seule une partie d'elle-même est emportée, cachant provisoirement les sentiments généreux et affectueux qui pourront revenir si elle voit que Joe est anéanti.

Toutes les grandes écoles de psychologie reconnaissent l'existence de sous-personnalités et leur donnent différents noms². En 1890, William James a écrit : « Il faut admettre que [...] toute la conscience possible peut être divisée en parties qui coexistent, mais s'ignorent mutuellement et se partagent les objets de la connaissance³. » D'après Jung, la psyché est un système qui s'autorégule et maintient son équilibre exactement de la même façon que le corps⁴. Pour lui, l'état naturel du psychisme humain consiste en une foire d'empoigne entre des composantes à l'attitude contradictoire, si bien que concilier ces contraires est un problème majeur. L'adversaire n'est donc, au fond, que « l'autre en moi ».

Les neurosciences modernes ont confirmé l'idée que l'esprit s'apparente à une société. Pour Michael Gazzaniga, qui a conduit une recherche novatrice sur le cerveau divisé, l'esprit est formé de modules au fonctionnement semi-autonome, qui ont chacun un rôle distinct⁵. Dans son livre, *Le Cerveau social* (1987), il écrit : « Et si le moi n'était pas un être unifié ? S'il pouvait exister en nous plusieurs domaines de conscience ? Nos études [sur le cerveau divisé] font naître l'idée nouvelle qu'il existe littéralement plusieurs moi, et qu'ils ne "dialoguent" pas forcément⁶. » Marvin Minsky, un pionnier de l'intelligence artificielle, avance quant

à lui que « la légende du Moi unique ne peut que nous détourner du but de cette recherche⁷ ». À sa suite, Regina Goulding et Richard Schwartz développent : « Il serait logique de penser que notre cerveau est habité par une société d'esprits différents. Tout comme les membres d'une famille, ils peuvent collaborer pour s'entraider, en gardant chacun leurs expériences mentales dont les autres ne savent rien⁸. »

Les thérapeutes qui, par leur formation, voient les hommes comme des êtres complexes, dotés de caractéristiques et de potentialités multiples, peuvent aider leurs patients à explorer leurs sous-personnalités et à veiller sur leurs facettes blessées. Il existe plusieurs approches thérapeutiques de ce type, notamment la théorie de la dissociation structurelle de la personnalité développée par Kathy Steel, Onno van der Hart et Ellert Nijenhuis, qui est très pratiquée en Europe, et le travail de Richard Kluft aux États-Unis⁹.

Vingt ans après avoir travaillé avec Mary, j'ai fait la connaissance de Richard Schwartz, le créateur de la thérapie du Système familial intérieur (*Internal Family System*), évoquée précédemment. C'est grâce à lui que j'ai pleinement compris la métaphore de la « famille » employée par Minsky, laquelle s'est avérée un moyen précieux de travailler avec les parties dissociées qui naissent du traumatisme. L'IFS repose sur l'idée que l'esprit de chaque être humain ressemble à une famille, dont les membres n'ont pas le même niveau de maturité, d'excitabilité, de sagesse et de souffrance. Ces parties forment un réseau ou un système, où le changement de l'une influe sur toutes les autres.

La théorie du Système familial intérieur m'a aidé à comprendre que la dissociation s'inscrit dans un continuum. Au moment du traumatisme, le moi s'effondre, et ses différentes parties se polarisent et se font la guerre. La haine de soi coexiste (et lutte) avec la mégalomanie, l'affection avec l'hostilité, l'engourdissement et la passivité avec l'agressivité et la colère. Ces parties extrêmes portent le fardeau du traumatisme.

Pour l'IFS, une partie est, non seulement un mode de pensée habituel ou un état émotionnel passager, mais une structure mentale dotée d'une histoire, de capacités, de besoins et d'une vision du monde particuliers¹⁰. Le traumatisme insuffle à ces différentes parties des émotions et des croyances qui les détournent de leur vocation naturelle. Par exemple, chacun a en soi des côtés drôles et enfantins. Quand on nous maltraite, ce sont ceux-là qui sont le plus blessés et qui en arrivent à se figer, sous l'effet de la terreur de l'agression et la douleur de la trahison. Ce fardeau les rend toxiques – ce qui nous pousse à les renier à tout prix. Comme ils sont bannis au fond de nous, l'IFS les appelle les « exilés ».

À ce stade, d'autres parties s'organisent pour protéger la famille intérieure contre eux. Elles les tiennent à distance mais prennent, ce faisant, un peu de l'énergie des êtres qui nous ont malmenés. Des « managers » critiques et perfectionnistes peuvent veiller à ce que nous n'approchions jamais de personne ou nous pousser à une rentabilité acharnée. D'autres protecteurs, des secouristes que l'IFS nomme les « pompiers », interviennent chaque fois qu'une expérience déclenche une émotion exilée.

Chaque partie dissociée recèle des croyances, des sensations et des souvenirs différents ; certaines abritent la honte, d'autres la colère, l'une le plaisir et l'excitation, une autre la solitude ou la soumission : tous les aspects de l'expérience de la maltraitance. L'idée essentielle est que toutes ces parties ont la même fonction : protéger le moi contre la terreur de l'anéantissement.

Les enfants qui expriment leur douleur au lieu de la taire se voient souvent diagnostiquer un trouble « oppositionnel avec provocation », « de la conduite » ou « de l'attachement ». Mais ces étiquettes ne tiennent pas compte du fait que la rage et le repli sur soi ne sont que les extrêmes d'une vaste gamme de tentatives de survie. Vouloir maîtriser le comportement d'un enfant sans aborder le problème sous-jacent – les violences qu'il a subies – mène à des traitements qui sont, au mieux, inefficaces et, au pire, délétères. Quand il grandit, les parties de son esprit ne s'intègrent pas spontanément pour

former une personnalité cohérente, mais continuent à garder une existence assez autonome.

Les parties « extérieures » peuvent n'avoir aucune conscience de l'existence des autres facettes du système¹¹. La plupart des hommes victimes de prêtres pédophiles que j'ai examinés prenaient des stéroïdes et passaient un temps fou à faire de l'haltérophilie. Ces culturistes compulsifs vivaient dans un monde de virilité hypertrophiée, où la faiblesse et la peur étaient soigneusement camouflées. Ce n'est qu'après s'être sentis en confiance avec moi qu'ils m'ont laissé voir en eux les enfants terrifiés.

Les patients, eux aussi, peuvent ne pas aimer leurs parties extérieures : celles qui sont en colère, destructrices ou critiques. Mais l'IFS offre un cadre qui aide à les comprendre – et, chose plus importante, à en parler de manière non « pathologisante ». Reconnaître que chaque partie est bloquée par des fardeaux du passé et respecter sa fonction dans le système global la rend moins menaçante et moins bouleversante.

Comme le dit Schwartz : « Si on accepte l'idée de base que les hommes sont naturellement portés à se soigner, on en déduit que s'ils ont des problèmes chroniques, quelque chose les empêche d'accéder à leurs ressources intérieures. Le rôle des thérapeutes est donc de collaborer avec le système et non de suggérer, d'affronter, ou de combler des lacunes dans la psyché¹². » En premier lieu, ils lui assurent que chaque partie est accueillie et que toutes, y compris les facettes destructrices ou suicidaires, ont été formées pour tenter de protéger l'organisation du moi, même si maintenant elles semblent grandement la menacer.

LE LEADERSHIP DU SELF

Comme je l'ai dit au chapitre 13, pour l'IFS, le Self est un moi profond, un état de pleine conscience à partir duquel on peut observer le traumatisme. La pleine conscience ne permet pas seulement d'examiner son paysage intérieur avec curiosité et compassion, elle

peut aussi mettre sur la voie de l'autoguérison. Le leadership du Self, l'état où les parties (re)donnent confiance au Self, est le fondement du dépassement du traumatisme. Les sociétés – organismes ou nations – ne peuvent agir efficacement que si elles ont clairement défini une instance dirigeante compétente. Il en va de même pour la famille intérieure : toutes les facettes du moi ont besoin d'être prises en charge. Le leader intérieur doit distribuer judicieusement les ressources existantes et offrir une vision d'ensemble qui tienne compte de toutes les parties.

Comme le dit Schwartz : « Le système intérieur d'une victime de maltraitance se distingue par son manque permanent de leadership efficace, d'équilibre ou d'harmonie durable, et par les règles extrêmes qui régissent le fonctionnement de ses composantes. En général, ces parties fonctionnent sur des hypothèses et des croyances obsolètes liées à la maltraitance infantile – par exemple, la certitude qu'il est extrêmement dangereux de révéler des secrets sur des violences subies dans l'enfance¹³. »

Que se passe-t-il quand le moi n'est plus aux commandes ? L'IFS appelle cela l'« amalgame » : un état où le Self s'identifie à une partie, comme dans les phrases : « Je veux me suicider » ou « Je te déteste ». Remarquez la différence avec des formules du genre « Une partie de moi aimerait être morte » ou « Une partie de moi, ébranlée quand tu fais cela, me pousse à vouloir te tuer ».

Schwartz pose deux hypothèses qui étendent la notion de pleine conscience au domaine du leadership actif. La première est que le Self n'a pas besoin d'être cultivé ou développé. Sous la cuirasse des parties protectrices d'un traumatisé règne une essence inaltérée, un Self confiant, curieux et calme, préservé de la destruction par les divers champions qui ont assuré sa survie. Dès que ces protecteurs estiment qu'ils peuvent se séparer sans danger, le Self émerge spontanément, et les parties peuvent être mobilisées pour le processus de guérison.

La seconde hypothèse est que, loin d'être un observateur passif, ce Self pleinement conscient peut aider à réorganiser la famille

intérieure, communiquer avec ses parties et les convaincre de la présence, dans le système, d'une instance apte à gérer les choses. À nouveau, la recherche en neurosciences montre que ce n'est pas seulement une métaphore. La pleine conscience augmente l'activation du cortex préfrontal médian et diminue celle de structures comme l'amygdale – qui déclenche les réactions émotives –, ce qui renforce le contrôle sur le cerveau émotif.

Au-delà d'une simple relation entre un thérapeute et un patient impuissant, l'IFS s'attache à cultiver une interaction entre le Self et les différentes parties protectrices. Dans ce mode de traitement, le Self ne se contente pas d'observer passivement, comme dans certaines pratiques de la méditation. Il joue un rôle de leadership actif. C'est un chef d'orchestre qui aide toutes les parties à fonctionner harmonieusement, comme pour jouer une symphonie.

APPRENDRE À CONNAÎTRE SON PAYSAGE INTÉRIEUR

La tâche du thérapeute consiste à aider le patient à discerner des entités dans cet amalgame déroutant. Aussi pourra-t-il dire : « Cette partie de moi ressemble à un petit enfant et cette autre est plus mûre, mais elle se sent victime. » Même si beaucoup de ces facettes peuvent ne pas lui plaire, le fait de les identifier les rend moins intimidantes ou moins bouleversantes. L'étape suivante consiste à encourager le patient à demander à chaque partie protectrice qui apparaît de rester provisoirement en retrait afin de voir ce qu'elle protège. Lorsque cela a été fait à plusieurs reprises, ces facettes commencent à se dissocier du Self, laissant de l'espace pour une observation en pleine conscience. Le patient apprend ainsi à mettre en suspens sa peur, sa colère ou son dégoût pour s'ouvrir à des états de curiosité et d'introspection. À partir de la perspective stable du Self, il peut commencer à développer des dialogues intérieurs constructifs avec ses sous-personnalités.

Après quoi, le thérapeute l'engage à identifier celle qui intervient dans le problème du moment, comme le sentiment d'être nul ou obsédé par des idées de vengeance. Tandis qu'il s'interroge : « Qu'est-ce qui ressent cela en moi ? », il se peut qu'une image lui vienne à l'esprit¹⁴. Une partie déprimée ressemblera peut-être à un homme vieillissant, un côté vengeur à un soldat ou à un truand.

Ensuite, le thérapeute lui demande : « Qu'éprouvez-vous envers cette partie de vous (triste, vengeresse, terrifiée) ? » Séparer le « vous » de la partie en question ouvre la voie à une introspection en pleine conscience. Si le patient donne une réponse extrême comme « Je la hais », le thérapeute, comprenant qu'il existe une autre facette protectrice mêlée au Self, dira : « Voyez si la partie qui la déteste peut s'écarter. » Souvent, il remercie alors le côté protecteur de sa vigilance et l'assure qu'il pourra revenir au besoin. Si ce dernier accepte, il posera la question suivante : « À présent, que ressentez-vous envers la partie (que vous rejetiez avant) ? » Le patient dira probablement : « Je me demande pourquoi elle est si (triste, vindicative, etc.). » Cela permettra de mieux la connaître – en demandant, par exemple, son âge et comment elle en est venue à éprouver ce sentiment.

Une fois que le Self du patient se manifeste davantage, ce genre de dialogue commence à se tenir spontanément. À ce stade, il est important que le thérapeute se mette en retrait – se bornant à surveiller les autres parties qui risquent d'interférer, à faire des commentaires empathiques par moments ou à poser des questions comme : « Que dites-vous là-dessus à la partie concernée ? », « À présent, où voulez-vous aller ? », « Quelle est, à votre avis, la prochaine étape ? » et la question introspective passe-partout : « Maintenant, qu'éprouvez-vous envers cette partie ? ».

UNE VIE EN MILLE MORCEAUX

Joan est venue me consulter pour chercher à dominer ses crises de rage et supporter sa culpabilité liée à ses nombreuses aventures, dont la plus récente avec son professeur de tennis. À sa première

séance, elle m'a dit : « En dix minutes, je passe de la patronne tatillonne à l'enfant geignard, à la garce en colère et à la boulimique effrénée. J'ignore totalement qui je suis, dans tout ça. »

À cet instant, elle avait déjà critiqué mes gravures, mes chaises bancales et mon bureau en désordre. L'attaque était sa meilleure défense. Elle s'attendait à être à nouveau blessée – j'allais probablement la décevoir, comme tant de gens avant moi. Sachant que, pour que la thérapie marche, elle devait se rendre vulnérable, elle tâchait de découvrir si je pouvais supporter sa colère, sa peur et sa tristesse. J'ai compris que la seule manière de contrer son attitude défensive était de témoigner un grand intérêt pour les détails de sa vie, un soutien inébranlable au risque qu'elle prenait à me parler, et d'accepter les parties dont elle avait le plus honte.

Je lui ai demandé si elle avait remarqué son côté critique. Lorsqu'elle l'a reconnu, je l'ai interrogée sur ses sentiments pour ce juge. Cette question clé lui a permis de commencer à se séparer de cette partie et d'accéder à son Self. Elle a répondu qu'elle détestait ce censeur, qui lui rappelait sa mère. Quand j'ai voulu savoir ce que ce côté critique pouvait protéger, sa colère s'est calmée et elle a dit, pensive : « Je me demande pourquoi il se sent obligé de me traiter de certains noms que ma mère me lançait, voire pire. » Elle avait eu très peur de sa mère quand elle était petite, a-t-elle ajouté. Elle avait eu le sentiment de ne jamais rien faire de bien, à ses yeux. Le critique était visiblement ce que l'IFS nommait un « manager ». Non seulement il la protégeait contre moi, mais il tentait d'anticiper les reproches de sa mère.

Au cours des semaines suivantes, Joan m'a dit que le compagnon de sa mère l'avait agressée sexuellement quand elle avait huit ans. À l'époque, elle se disait qu'elle était « perdue » pour les relations amoureuses. Elle était exigeante et critique envers son mari, qu'elle n'arrivait pas à désirer, mais audacieuse et passionnée avec ses amants. Ses liaisons, néanmoins, s'achevaient toujours de la même manière : pendant le coït, elle était soudain prise de terreur et se roulait en boule en pleurnichant comme une gamine. Ces réactions

la troublaient et la dégoûtaient et, après, elle ne pouvait pas supporter de revoir son amant.

Comme Marilyn au chapitre 8, Joan m'a dit qu'elle avait appris à se faire disparaître quand elle était violée, en flottant au-dessus de la scène comme si cela arrivait à une autre fillette. Chasser cette agression de son esprit lui avait permis de mener une vie normale : avoir des amies, faire des soirées pyjama et des sports d'équipe. Le problème avait commencé à l'adolescence, quand elle avait développé sa tendance à mépriser les garçons qui la traitaient bien et à enchaîner les aventures sans lendemain qui lui faisaient honte. Elle m'a révélé que, pour elle, la boulimie était pareille à l'orgasme, et que faire l'amour avec son mari lui donnait la nausée. Bien qu'elle ait refoulé les souvenirs des viols qu'elle avait subis, elle ne cessait de les reproduire inconsciemment.

Je n'ai pas cherché à lui expliquer pourquoi elle se sentait aussi furieuse, coupable ou fermée – elle s'était déjà considérée comme un fruit pourri. En thérapie, comme dans le traitement de la mémoire, le mouvement pendulaire – l'approche graduelle en va-et-vient dont j'ai parlé au chapitre 13 – est essentiel. Pour que Joan puisse affronter ses blessures et sa souffrance, elle allait devoir mobiliser toutes ses forces et son amour de soi qui lui permettraient de guérir.

Quant à moi, j'aurais à me rappeler que je ne pouvais pas lui apporter l'amour et l'attention qui lui avaient manqué dans son enfance. Si un thérapeute, un professeur ou un mentor cherche à combler des manques subis au début de la vie, il se heurte au fait qu'il est la mauvaise personne, au mauvais moment, au mauvais endroit. La thérapie s'est donc concentrée sur la relation de Joan avec ses sous-personnalités plutôt qu'avec moi.

RENCONTRER LES MANAGERS

À mesure que son traitement avançait, nous avons identifié de nombreuses parties qui étaient aux commandes à divers moments : une facette puérile et agressive qui piquait des crises, une adolescente

aux amants multiples, un aspect suicidaire, une patronne obsessionnelle, une moraliste bégueule, etc. Comme d'habitude, nous avons rencontré les managers en premier. Leur travail consistait à empêcher l'humiliation et l'abandon et à veiller à ce que Joan reste organisée et protégée. Certains managers peuvent être agressifs, comme son côté critique, d'autres perfectionnistes ou réservés, soucieux de ne pas trop attirer l'attention sur eux. Ils peuvent nous dire de fermer les yeux et nous garder passifs pour éviter les risques, en contrôlant l'accès aux émotions afin de préserver la cohésion du moi.

Il faut énormément d'énergie pour contrôler ce système. Une simple tentative de drague peut activer plusieurs parties à la fois : l'une en proie au désir, l'autre rongée par la haine de soi, une troisième qui tente d'apaiser les choses en se scarifiant. D'autres managers créent des obsessions et des distractions, ou nient complètement la réalité – mais chaque partie doit être abordée comme un protecteur intérieur qui maintient une position défensive importante. Les managers portent de lourdes responsabilités et sont généralement coincés.

Certains sont extrêmement compétents. Beaucoup de mes patients occupent des postes à responsabilité, exercent leur métier avec talent et peuvent être des parents très attentifs. Le manager critique de Joan contribuait sans nul doute à sa réussite dans sa profession d'ophtalmologiste. J'ai eu de nombreux patients qui étaient d'excellents infirmiers ou de parfaits enseignants. Leurs collaborateurs, qui les trouvaient peut-être un peu réservés ou distants, auraient probablement été stupéfaits de découvrir que leurs collègues exemplaires se mutilaient, souffraient de troubles alimentaires ou se livraient à d'étranges pratiques sexuelles.

Peu à peu, Joan a commencé à comprendre qu'il est normal d'éprouver simultanément des sentiments et des pensées opposés, ce qui l'a encouragée à poursuivre son travail sur elle-même. Au lieu de croire que la haine dévorait tout son être, elle a appris qu'elle n'en paralysait qu'une partie. Toutefois, après avoir reçu une critique dans son travail, elle a complètement dérapé : elle s'est reproché de ne pas

s'être défendue, puis s'est sentie dépendante et désarmée. Quand je lui ai demandé de voir où cette partie impuissante se trouvait dans son corps et ce qu'elle pensait d'elle, elle a résisté. Elle m'a dit qu'elle ne supportait pas cette fille geignarde et incapable, qui l'amenait à se mépriser. Me doutant que cette partie devait contenir le souvenir des sévices qu'elle avait subis, j'ai décidé de ne pas insister pour l'instant. Elle a quitté mon cabinet renfermée et bouleversée.

Le lendemain, elle a englouti le contenu de son réfrigérateur et s'est fait vomir pendant des heures. À la séance suivante, elle m'a dit qu'elle avait envie de se tuer et s'est montrée surprise de me voir sincèrement curieux. Elle s'était attendue à ce que je la juge, à ce que je condamne ses tendances boulimiques et suicidaires. Quand je lui ai demandé quelles étaient les parties en jeu, la critique a lâché : « Elle est dégoûtante. » Elle l'a pressée de s'écarter et la partie suivante a gémi : « Personne ne m'aimera jamais. » Sur quoi, la critique a resurgi, me lançant que le meilleur moyen d'aider Joan était d'ignorer tout ce raffut et d'augmenter ses doses de médicaments.

À l'évidence, dans leur désir de protéger ses parties blessées, ces managers lui faisaient du mal sans le vouloir. J'ai donc continué à leur demander ce qui arriverait, selon eux, s'ils se retiraient. Joan a répondu : « Les gens me détesteraient et je serais toute seule dehors, dans la rue. » Puis elle a évoqué un souvenir : sa mère lui avait dit que, si elle désobéissait, elle la ferait adopter et Joan ne reverrait jamais ses sœurs ni son chien. Quand j'ai voulu savoir ce que lui inspirait cette fillette effrayée, elle a dit en pleurant qu'elle avait mal pour elle. Son Self avait maintenant reparu et je croyais avoir calmé le système, mais il s'est avéré que cette séance était allée trop loin.

ÉTEINDRE LES FLAMMES

La semaine suivante, Joan n'est pas venue à son rendez-vous. Nous avons provoqué ses exilés, et ses pompiers s'étaient déchaînés. Comme elle me l'a dit plus tard, après avoir parlé de sa peur d'être adoptée, elle avait cru qu'elle allait exploser. Le soir, elle avait

ramassé un type dans un bar. En rentrant chez elle en pleine nuit, soûle et débraillée, elle avait refusé de parler à son mari, avant d'aller dormir dans la chambre d'amis. Le lendemain matin, elle s'était conduite comme si rien ne s'était passé.

Les pompiers feront n'importe quoi pour chasser la douleur. Certes, ils aident les managers à tenir les exilés enfermés, mais à part ça, ils sont leur antithèse en tout point : les managers sont obsédés par le maintien du contrôle, alors que les pompiers détruiront la maison pour éteindre le feu. Ces parties protectrices continueront à s'affronter jusqu'à ce que les exilés, qui portent le poids du traumatisme, soient autorisés à rentrer et à être soignés.

Tous ceux qui ont affaire à des survivants rencontrent ces pompiers. J'en ai connu qui ne pouvaient s'empêcher de boire ou de jouer, qui faisaient du sport ou draguaient de façon compulsive. Une étreinte sordide peut, ne serait-ce que quelques heures, atténuer l'horreur et la honte d'un enfant violé.

Il est crucial de garder en tête qu'au fond, les pompiers tentent eux-mêmes désespérément de protéger le système. Contrairement aux managers qui, d'ordinaire, coopèrent superficiellement à la thérapie, eux ne se retiennent pas : ils lancent des insultes, puis s'en vont en claquant la porte. Ils sont dans tous leurs états, sûrs que, s'ils n'interviennent pas, les sentiments exilés ravageront l'équilibre du moi. Ils n'ont pas non plus conscience qu'il existe de meilleurs moyens d'assurer la sécurité, physique et émotionnelle ; et même si des comportements comme l'automutilation ou la boulimie cessent, ils trouvent souvent d'autres méthodes d'autodestruction. Ces cycles ne s'achèvent que lorsque le Self peut prendre les choses en main et que le système se sent rassuré.

LE POIDS DE LA TOXICITÉ

Les exilés sont les déchets toxiques du système. Comme ils portent les croyances, les émotions et les souvenirs associés au traumatisme, il est dangereux de les libérer. Ils contiennent l'expérience

du choc inéluctable – « Mon Dieu, je suis perdu ! » – et partant, la terreur, l’effondrement et le compromis. Ils peuvent se manifester sous forme de sensations terribles ou d’une torpeur extrême, et choquent autant les managers prudents que les pompiers casse-cou.

Comme de nombreuses victimes d’inceste, Joan détestait ses exilés, surtout la fillette qui avait répondu aux exigences sexuelles de son agresseur et la gamine terrifiée qui geignait dans son lit. Quand les exilés écrasent les managers, ils nous dominent – nous réduisant à l’enfant rejeté, faible et abandonné. Le Self « se confond » avec eux, et toute autre vision de la vie est éclipsée. « Nous voyons les choses à travers leurs yeux, en croyant que c’est “la” réalité, explique Schwartz. Dans cet état, il ne nous vient pas à l’esprit que nous avons été pervertis¹⁵. »

Or, garder les exilés sous clé bannit non seulement les émotions et les souvenirs mais aussi les parties qui les contiennent – celles qui ont été le plus blessées par le traumatisme. « En général, dit Schwartz, ce sont nos parties les plus sensibles, les plus éprises d’intimité, les plus vivantes et innocentes. En les chassant quand elles sont meurtries, on leur inflige une double disgrâce : l’insulte de notre rejet s’ajoute à leur blessure originelle¹⁶. » Comme Joan l’a découvert, mépriser et cacher ses exilés la condamnait à une vie sans intimité ni joie réelle.

RÉVÉLER LE PASSÉ

Après quelques mois de traitement, Joan a accédé de nouveau à la fille exilée qui portait le poids de l’humiliation, de la confusion et de la honte. À ce stade, elle avait acquis un sentiment du Self assez fort pour supporter de s’observer de son point de vue d’enfant, avec tous ses sentiments de terreur, d’excitation et de complicité long-temps enfouis. Elle n’a pas dit grand-chose durant ce processus, et je me suis surtout attaché à la maintenir dans un état d’introspection calme. Souvent, l’horreur la poussait à se détourner, à laisser cette gamine révoltante seule avec sa souffrance. Je demandais alors à ses

protecteurs de reculer pour qu'elle puisse continuer à écouter ce que cette petite fille voulait lui apprendre.

Finalement, avec mon soutien, elle est arrivée à foncer sur la scène du crime et à emmener la fillette en lieu sûr. Elle a dit fermement à son agresseur qu'elle ne le laisserait plus jamais s'approcher d'elle. Au lieu de renier l'enfant, elle a joué un rôle actif dans sa libération. Comme dans l'EMDR, la résolution du traumatisme est née de sa capacité à accéder à son imagination et à donner un autre tour à la scène où elle avait été coincée bien des années plus tôt. La passivité impuissante a fait place à une action décidée, menée par le Self.

Dès qu'elle a commencé à dominer ses impulsions et son comportement, Joan a reconnu le vide de sa relation avec son mari, Brian, et elle a voulu s'attaquer au problème. Par son intermédiaire, j'ai invité Brian à nous rejoindre, et je les ai reçus huit fois ensemble avant qu'il vienne me consulter sans elle.

L'IFS, nous dit Schwartz, peut aider les membres d'une famille à s'aider mutuellement lorsqu'ils apprennent à observer comment leurs parties interfèrent. J'ai assisté à ce processus avec Joan et Brian. Au début, ce dernier était assez fier d'avoir supporté aussi longtemps la conduite de sa femme; comprendre qu'elle avait vraiment besoin de lui l'avait empêché ne fût-ce que d'envisager le divorce. Mais, maintenant qu'elle voulait davantage d'intimité, il ne se sentait pas à la hauteur et montrait une partie de lui paniquée, qui dressait un mur entre lui et ses sentiments.

Brian a commencé peu à peu à parler, à dire qu'il avait grandi dans une famille d'alcooliques, où des comportements comme ceux de Joan étaient courants et passés sous silence, ponctués par les cures de désintoxication de son père et les hospitalisations de sa mère dépressive et suicidaire. Quand j'ai demandé à sa partie paniquée ce qui arriverait si elle lui permettait d'éprouver quelque chose, il a révélé sa peur d'être submergé par la souffrance – la douleur de son enfance ajoutée à l'enfer de son couple.

Durant les semaines suivantes, d'autres parties sont apparues. D'abord, un protecteur qui avait peur des femmes et était résolu à ne

jamais les laisser manipuler Brian. Puis nous avons remarqué un gardien fidèle, qui avait veillé sur sa mère et ses jeunes frères et sœurs. Cette partie lui a donné un sentiment d'estime de soi, qui l'a aidé à affronter sa terreur. Finalement, Brian a été prêt à rencontrer son exilé, l'enfant effrayé qui n'avait eu personne pour prendre soin de lui.

C'est une version très courte d'une longue exploration, qui a comporté de nombreuses diversions, comme la réapparition périodique du critique de Joan. Mais la thérapie par le Système familial intérieur a aidé Joan et Brian à s'écouter dans la perspective d'un Self objectif, curieux et compatissant. N'étant plus enfermés dans le passé, ils ont vu s'ouvrir à eux toute une gamme de possibilités.

LE POUVOIR DE L'AUTOCOMPASSION

Une rhumatologue de Boston, Nancy Shadick, allie la recherche médicale à un grand intérêt pour la manière dont les polyarthritiques vivent leur maladie. Quand elle a découvert l'IFS à un atelier de Richard Schwartz, elle a décidé de l'intégrer dans une étude sur l'intervention psychosociale auprès de ses patients.

La polyarthrite rhumatoïde est une maladie auto-immune causant des troubles inflammatoires dans tout le corps, ce qui provoque un handicap et des douleurs chroniques. Les médicaments peuvent apporter un certain soulagement et retarder les progrès du mal, mais il est incurable. Vivre avec une polyarthrite rhumatoïde peut engendrer la dépression, l'anxiété et l'isolement – bref, une détérioration de la qualité de vie. Cette recherche m'a particulièrement intéressé du fait du lien que j'avais observé entre le traumatisme et les maladies auto-immunes.

En travaillant avec une grande thérapeute de l'IFS, Nancy Sowell, le docteur Shadick a mis au point une étude randomisée : pendant neuf mois, certains patients ont été formés à l'IFS, individuellement et collectivement, pendant que d'autres recevaient des mailings et des appels sur les symptômes et la gestion de leur maladie. Tous ont continué à prendre leurs médicaments habituels et ont été évalués

périodiquement par des rhumatologues qui ignoraient lesquels étaient soumis à l'IFS.

Le but de ce traitement novateur était d'amener les patients à comprendre et à accepter leur peur, leur impuissance et leur colère inévitables, en traitant ces sentiments comme des membres de leur « famille intérieure ». Des chercheurs leur ont appris les techniques de dialogue interne qui leur permettraient de reconnaître leur douleur, d'identifier les pensées et les émotions qui l'accompagnaient, et de les aborder avec intérêt et compassion.

Un problème de fond est apparu très tôt. Comme beaucoup de traumatisés, les polyarthritiques étaient alexithymiques. Ils manifestaient peu leurs affects et ne se plaignaient jamais avant d'être submergés par la souffrance. Interrogés sur ce qu'ils éprouvaient, ils répondaient presque toujours : « Ça va. » Leurs parties stoïques les aidaient clairement à supporter la douleur, mais ces managers les maintenaient aussi dans le déni. Certains patients se coupaient de leurs sensations, au point de ne pas pouvoir bien informer leur médecin.

Pour faire bouger les choses, les chercheurs leur ont présenté leurs sous-personnalités de façon théâtrale, en disposant des accessoires et des meubles représentant les managers, les exilés et les pompiers. Pendant plusieurs semaines, les malades ont raconté que leurs managers leur disaient de « tenir avec le sourire », au motif que personne ne voulait entendre parler de leur douleur. Puis, tandis qu'ils demandaient à leurs côtés stoïques de s'écarter, ils ont peu à peu reconnu la partie furieuse qui avait envie de hurler, celle qui voulait toujours rester couchée, et l'exilée qui se jugeait dévalorisée parce qu'on ne la laissait pas s'exprimer. Il est apparu que, dans leur enfance, presque tous avaient été forcés de ne pas faire de bruit, donc de taire leurs besoins pour pouvoir rester en sécurité.

La thérapie individuelle les a aidés à appliquer le langage des parties à des problèmes courants. Par exemple, à une femme qui se sentait coincée par des conflits dans son métier, une partie manager clamait que la seule solution était de se surmener jusqu'à ce que

sa polyarthrite se réveille. Confortée par le thérapeute, elle a pris conscience qu'elle pouvait résoudre ses problèmes sans se rendre malade.

Tous les patients, traités par IFS ou guidés par des mailings ou des appels, ont été examinés à trois reprises pendant les neuf mois de l'étude, puis un an plus tard. Au terme de la recherche, les premiers ont affiché un mieux appréciable dans l'autoévaluation de la douleur – articulaire et globale –, de la fonction physique et de la compassion envers soi-même. Ils se sont également montrés moins déprimés et plus efficaces. Au bout d'un an, ils avaient conservé leurs gains en matière de perception de la douleur et de symptômes dépressifs, même si on ne pouvait plus détecter objectivement s'ils souffraient moins ou s'ils étaient physiquement plus à l'aise. Autrement dit, ce qui avait changé était leur capacité à vivre avec la maladie. Dans leurs conclusions, Shadick et Sowell ont souligné que l'autocompassion développée par l'IFS était un facteur clé.

Ce n'était pas la première étude à montrer que des interventions psychologiques peuvent soulager les polyarthritiques. D'autres avaient établi que les thérapies comportementales et cognitives diminuent la douleur, l'inflammation articulaire, le handicap physique et la dépression¹⁷. Toutefois, aucune de ces recherches n'avait posé une question cruciale : l'augmentation de la sécurité psychologique et du bien-être va-t-elle de pair avec une amélioration de la fonction immunitaire ?

LIBÉRER L'ENFANT EXILÉ

Peter dirigeait le service d'oncologie d'un prestigieux hôpital universitaire, qui était considéré comme un des meilleurs du pays. Quand il est venu me consulter, en grande forme grâce à sa pratique régulière du squash, il affichait une assurance qui confinait à l'arrogance. Cet homme ne semblait vraiment pas souffrir d'un SSPT. Il m'a dit qu'il voulait juste savoir comment aider sa femme à être moins « susceptible ». Elle avait menacé de le quitter s'il ne

remédiait pas à ce qu'elle appelait sa « dureté ». Il m'a assuré qu'elle devait se tromper, car il n'avait aucun mal à être empathique avec ses malades.

Peter adorait parler de son métier. Il était fier de voir ses collègues se disputer les postes dans son service et, à en croire les bruits de couloir, de terrifier son personnel. Il était brutalement honnête, m'a-t-il dit, un vrai scientifique qui s'en tenait aux faits et – là, il m'a jeté un regard entendu – ne supportait pas les imbéciles. Il était très exigeant, mais autant avec les autres qu'envers lui. De plus, m'a-t-il assuré, il n'avait besoin de l'amour de personne. Seul le respect lui importait.

Il était convaincu que les psychiatres pratiquaient encore la sorcellerie, et son expérience de la thérapie de couple l'avait conforté dans cet avis. Il méprisait les gens qui attribuaient leurs problèmes à la société ou à leurs parents. Même s'il avait eu sa part de souffrances dans ses premières années, il était bien décidé à ne jamais se considérer comme une victime.

J'avais beau apprécier son goût de la précision et sa solidité, je ne pouvais m'empêcher de me demander s'ils ne cachaient pas un trait que j'avais trop souvent observé : la tendance des managers intérieurs despotiques à former un rempart contre un sentiment d'impuissance.

Quand je l'ai interrogé sur sa famille, il m'a dit que son père dirigeait une entreprise manufacturière. C'était un rescapé de la Shoah qui pouvait être exigeant et brutal, mais qui savait aussi se montrer sensible – une qualité qui avait donné à Peter le goût de la médecine et lui avait permis de garder des liens avec lui. En me parlant de sa mère, il a pris conscience qu'elle avait remplacé l'attention aux autres par la maniaquerie, mais il s'est défendu d'en avoir souffert. Il avait toujours été bon élève et s'était juré de construire sa vie à l'abri de l'humiliation et du rejet. Pourtant, il y était confronté tous les jours par la mort de ses patients et dans ses efforts pour faire financer et publier ses recherches.

La femme de Peter est venue assister à la séance suivante. Elle a expliqué qu'il la critiquait constamment, dénigrant ses goûts vestimentaires, ses méthodes d'éducation, son intelligence, ses amis... Il n'était que rarement à la maison et jamais disponible affectivement. Comme il avait beaucoup d'obligations et un caractère explosif, elle et les enfants marchaient sur la pointe des pieds autour de lui. Elle était décidée à le quitter s'il ne changeait pas radicalement. En entendant ça, Peter s'est montré bouleversé pour la première fois et lui a assuré qu'il voulait arranger les choses.

À la séance suivante, je lui ai demandé de laisser son corps se détendre, de fermer les yeux et de se concentrer pour demander à cette partie critique – celle que sa femme avait identifiée – ce qu'elle craignait de voir arriver s'il mettait fin à ses jugements cruels. Au bout de trente secondes, il a dit qu'il trouvait bête de se parler à lui-même. Il n'avait pas envie d'essayer un énième truc New Age – il était venu me voir pour suivre une « thérapie vérifiée empiriquement ». Je lui ai garanti que j'étais, comme lui, à la pointe des thérapies fondées sur l'expérience et que celle-ci en était une. Il a gardé le silence une longue minute avant de murmurer : « On m'a fait mal... » Je l'ai poussé à demander au critique le sens de cette phrase. Les yeux toujours fermés, Peter a répondu : « Si on critique les autres, ils n'osent pas vous heurter » puis : « Si on est parfait, personne ne peut vous attaquer. » Je l'ai convié à remercier son critique de l'avoir protégé de l'humiliation et de la peine et, quand il est retombé dans le silence, j'ai vu ses épaules se relâcher et sa respiration devenir plus lente et plus profonde.

Peu après, il m'a dit qu'il était conscient que son orgueil nuisait à ses rapports avec ses étudiants et ses collègues ; il se sentait isolé aux réunions du personnel et mal à l'aise aux fêtes de l'hôpital. Quand je lui ai demandé s'il voulait que ce côté irascible cesse de menacer les autres, il m'a répondu oui. Je l'ai interrogé sur l'endroit où il se trouvait dans son corps, et il l'a placé au milieu de sa poitrine. Sur quoi, je l'ai sondé sur le sentiment qu'il lui inspirait. « De la peur », a-t-il soufflé.

Là, je l'ai invité à rester concentré sur cette sous-personnalité, pour voir si elle éveillait maintenant un autre sentiment. Il a dit qu'il était curieux d'en savoir plus à son sujet. Je lui ai demandé quel âge elle avait – « Environ sept ans » –, puis d'inviter son critique à montrer ce qu'il protégeait. Au bout d'un long silence, les yeux toujours fermés, il m'a dit qu'il assistait à une scène de son enfance. Son père frappait un petit garçon, lui, et Peter jugeait que ce gamin avait été bien bête de le provoquer. Quand je lui ai demandé ce qu'il pensait de cet enfant battu, il m'a dit qu'il le méprisait. C'était un pleurnicheur et un faible, qui s'était à peine rebellé contre l'attitude tyrannique de son père avant de lui promettre, d'un ton geignard, qu'il serait un bon petit garçon. C'était une mauviette, il n'avait rien dans le ventre. J'ai demandé au critique de s'écarter pour qu'on voie ce qu'avait cet enfant. En réponse, le censeur est revenu en force et l'a traité de poule mouillée. J'ai redemandé à Peter si le critique voulait bien reculer pour donner au garçon une occasion de parler. Là, il s'est complètement fermé et a quitté mon cabinet en disant qu'il n'y remettrait jamais les pieds.

La semaine suivante, pourtant, il était de retour : sa femme, mettant sa menace à exécution, avait demandé le divorce. Peter était anéanti – ce n'était plus le médecin maître de lui que j'avais fini par connaître et, à bien des égards, à redouter. Confronté à la perte de sa famille, il était effondré et se rassurait à l'idée que, s'il allait trop mal, il pourrait se tuer.

Au cours de cette séance, nous avons identifié son côté juvénile qui était terrifié par l'abandon. Quand il a atteint l'état de pleine conscience, je l'ai poussé à demander à ce petit garçon de lui montrer les fardeaux qu'il portait. À nouveau, sa première réaction a été le dégoût face à sa faiblesse mais quand, sur mes instances, il a fait reculer cette partie hautaine, il s'est vu enfant dans la maison de ses parents, seul dans sa chambre et hurlant de terreur. Il a observé la scène pendant plusieurs minutes en pleurant. Je lui ai demandé si ce garçon lui avait dit tout ce qu'il voulait lui confier. Non, il y avait d'autres choses, comme le soir où, courant embrasser son père dans l'entrée, il avait reçu une gifle pour avoir désobéi à sa mère.

De temps en temps, il interrompait le processus en expliquant que ses parents, vu leur passé de rescapés de la Shoah, n'avaient pas pu mieux faire – et je lui suggérais de trouver les parties protectrices qui l'éloignaient de la douleur du garçonnet pour les sommer de se retirer temporairement. Chaque fois, il a réussi à revenir à son chagrin.

Enfin, je lui ai demandé de dire à cet enfant qu'il comprenait maintenant à quel point il avait souffert. Il est resté plongé dans un silence navré. J'ai insisté, en l'exhortant à lui montrer qu'il l'aimait, et il l'a pris dans ses bras. Voir cet homme aux dehors insensibles savoir exactement comment le consoler m'a surpris.

Au bout d'un moment, je l'ai poussé à revenir à la scène du traumatisme pour y mettre fin. Peter s'est imaginé affronter son père à l'âge adulte : « Si tu touches encore à ce gamin, lui a-t-il dit, je te tue. » Puis il s'est vu emmener l'enfant dans un pré, où il pouvait jouer et s'ébattre avec des poneys pendant qu'il gardait un œil sur lui.

Notre travail n'était pas encore fini. Quand sa femme a retiré sa demande de divorce, certaines de ses vieilles habitudes sont revenues. Nous avons dû retourner voir à plusieurs reprises ce garçon isolé, pour nous assurer que Peter prenait soin de ses parties blessées, surtout quand il se sentait atteint dans sa famille ou dans son métier. C'est le stade de l'IFS qu'on appelle le « déchargement des fardeaux », qui correspond à la restauration des parties exilées. À chaque restauration, le critique acerbe de Peter se détendait. Peu à peu, ce juge a pris des allures de mentor, et Peter a commencé à se réconcilier avec ses collègues et sa famille.

Un jour, il m'a dit qu'il avait passé sa vie adulte à tenter de se débarrasser de son passé, puis il a observé qu'il trouvait ironique d'avoir justement dû s'en rapprocher pour s'en libérer.

COMBLER LES MANQUES DANS LES CARTES INTÉRIEURES

« La grande découverte de ma génération est que les hommes peuvent changer leur vie en changeant leur état d'esprit. »

William James

« La différence ne réside pas dans l'objet du regard, mais dans le regard lui-même. C'est comme si une nouvelle dimension transformait l'acte spatial de la vision. »

Carl Jung

Traiter les souvenirs du traumatisme est une chose, mais se confronter au vide intérieur, aux failles laissées dans l'âme par le fait de n'avoir pu ni voulu dire la vérité est bien différent. Si le visage de nos parents ne s'est jamais éclairé en nous contemplant, il est difficile de savoir ce que c'est qu'être aimé. Si on vient d'un monde incompréhensible où dominent les secrets et la peur, il est presque impossible de trouver les mots pour dire ce que l'on a subi. Si on a grandi dans l'indifférence et le rejet, on a un mal fou à développer un sentiment viscéral d'autonomie et d'estime de soi.

La recherche que j'ai menée avec Judy Herman et Chris Perry (voir le chapitre 9) a montré que les patients qui ne s'étaient pas sentis désirés, ou qui n'avaient eu personne pour les rassurer dans leur enfance, ne tiraient pas pleinement parti d'une thérapie

traditionnelle, sans doute parce qu'ils ne pouvaient pas activer le souvenir d'avoir été choyés.

J'ai constaté cela même chez mes patients les plus investis dans la thérapie et qui pouvaient s'exprimer très clairement. Malgré leurs réussites, personnelles et professionnelles, ils étaient incapables d'effacer les traces laissées par un père qui aurait préféré qu'ils ne soient pas nés ou par une mère trop déprimée pour les remarquer. Il est clair que leur vie aurait changé du tout au tout s'ils avaient pu redessiner ces cartes implicites. Mais comment ? Comment peut-on aider les gens à acquérir viscéralement des sentiments qui leur ont manqué au début de leur vie ?

J'ai trouvé un élément de réponse en 1994, à la conférence inaugurale de l'Association américaine de thérapie psychocorporelle*. Paradoxalement, on m'avait demandé de représenter la psychiatrie classique à ce congrès et de parler de la visualisation par scanner des états mentaux. Mais dès que j'ai vu les congressistes discuter dans le hall, je me suis rendu compte qu'ils étaient différents de ceux que je croisais d'habitude aux rencontres de psychothérapie ou de psychopharmacologie. Leurs expressions, leurs gestes et leurs postures rayonnaient de vitalité et d'engagement – de la réciprocité physique qui est l'essence de l'harmonie.

J'ai très vite engagé la conversation avec Albert Pesso**, un ancien danseur de la compagnie Martha Graham qui avait dépassé les soixante-dix ans. Sous ses sourcils broussilleux, il respirait la

* Le terme anglais est *psychomotor therapy*, mais le traduire par « thérapie psychomotrice » induit une confusion avec la rééducation psychomotrice pour laquelle le terme est le plus couramment utilisé en français. Une thérapie est dite « psychocorporelle » dès lors qu'elle implique dans la séance le corps et le mouvement, par opposition à la *talking cure*, ou cure par la parole, qui privilégie la verbalisation, même si aujourd'hui nombre de psychanalystes sont très attentifs au langage du corps. (N.D.E.)

** Créé en 1961 par Albert Pesso et Diane Boyden-Pesso, le *Pesso Boyden System Psychomotor* (PBSP) est une thérapie psychocorporelle pour la rééducation ou la reprogrammation d'émotions remontant à l'enfance. Le patient est

gentillesse et l'assurance. Il m'a dit qu'il avait trouvé un moyen de changer radicalement le rapport des gens à leur moi fondamental, somatique. Son enthousiasme était contagieux mais je lui ai demandé, sceptique, s'il pouvait modifier les réglages de l'amygdale. Sans se laisser démonter par le fait que personne n'avait encore testé scientifiquement sa méthode, il a acquiescé.

Il s'apprêtait justement à animer un « atelier de thérapie psychocorporelle » (PBSP)¹, et m'a offert d'y assister. Son travail ne ressemblait à rien de ce que j'avais vu jusqu'alors. Il s'est assis sur une chaise face à une femme qu'il a qualifiée de « protagoniste », tandis que les autres participants s'installaient sur des coussins autour d'eux. Puis il a demandé à cette patiente, Nancy, de parler de ses problèmes, en profitant parfois de ses pauses pour « témoigner » de ce qu'il observait : « Un témoin, notait-il par exemple, peut voir que vous êtes abattue quand vous dites que votre père a abandonné votre famille. » J'étais impressionné par la finesse avec laquelle il détectait ses subtils changements de posture, de regard et de ton : les expressions non verbales de l'émotion.

Chaque fois qu'il faisait un « témoignage », le visage et le corps de Nancy se détendaient un peu, comme si être vue et reconnue la reconfortait. Les calmes commentaires du thérapeute semblaient renforcer son courage de continuer à creuser. Quand elle s'est mise à pleurer, il a observé qu'on ne devrait jamais supporter seul une aussi grande douleur et lui a proposé de choisir quelqu'un (une « figure de contact ») qui s'assiérait à ses côtés. Nancy a accepté et, après avoir longuement regardé les participants, elle a choisi une quinquagénaire à l'air bienveillant. Il lui a demandé où elle voulait la placer. « Ici », a dit Nancy d'un ton décidé, en montrant un coussin à sa droite.

J'étais fasciné. L'être humain traite les relations spatiales avec le côté droit de son cerveau, et nos recherches en neuro-imagerie

amené à faire émerger ses sentiments par la mise en scène des acteurs principaux de son enfance dans un cadre appelé « structure » à l'image de sa structure familiale. Techniquement, cela se rapproche un peu du psychodrame. (N.D.E.)

avaient montré que la trace du traumatisme se trouve essentiellement dans cet hémisphère (voir le chapitre 3). L'attention, la réprobation et l'indifférence sont toutes transmises en grande partie par les traits du visage, les gestes et le ton de la voix. D'après une étude récente, jusqu'à 90 % de la communication se fait dans l'hémisphère droit², non verbal, et c'était à lui que s'adressait avant tout le travail de Pessa. Dans la suite de l'atelier, j'ai été aussi frappé de voir comment la présence de la figure de contact semblait aider Nancy à supporter le vécu douloureux qu'elle évoquait³.

Mais le plus singulier était la manière dont Pessa créait des tableaux ou, comme il les appelait, des « structures » du passé des protagonistes. À mesure que ceux-ci dévidaient leur récit, il demandait à d'autres participants de jouer le rôle des proches qui avaient marqué leur vie – père, mère et autres membres de la famille – pour que leur monde intérieur prenne forme dans un espace tridimensionnel. Il faisait également appel au groupe pour incarner les parents idéaux qui leur apporteraient le soutien, l'amour et la protection qui leur avaient manqué à des moments cruciaux. Les protagonistes devenaient les metteurs en scène de leur propre pièce, en créant autour d'eux le passé qu'ils n'avaient jamais eu. À l'évidence, ils éprouvaient un profond soulagement, physique et mental, après avoir donné vie à ces scénarios imaginaires. En voyant cela, une question a commencé à me tarauder : cette technique pouvait-elle imprimer des traces de sécurité et de bien-être à côté des marques de terreur et d'abandon, plusieurs décennies après le modelage initial du cerveau et de l'esprit ?

Intrigué par le travail prometteur de Pessa, j'ai accepté son invitation à visiter sa ferme, perchée sur une colline, au sud du New Hampshire. Après le déjeuner sous un vieux chêne, il m'a conduit dans sa grange au bardage rouge, transformée en atelier, pour tester sa méthode. Comme j'avais été longtemps en analyse, je ne m'attendais pas à des révélations majeures. J'étais un psychiatre installé et un père de famille et, dans mon esprit, mes parents étaient juste un vieux couple qui voulait vivre au mieux ses dernières années. Je ne

croyais vraiment pas qu'ils exerçaient encore une grande influence sur moi.

N'ayant personne pour se prêter au jeu de rôles, Al m'a proposé de choisir dans la grange un objet ou un meuble qui incarnerait mon père. J'ai opté pour un immense canapé en cuir et l'ai prié de le placer à la verticale, à deux bons mètres de moi, légèrement sur la gauche. Puis il m'a demandé si j'aimerais que ma mère soit aussi dans la pièce. J'ai jeté mon dévolu sur un grand lampadaire, à peu près de la même taille que le divan. Au fil de la séance, l'espace s'est peuplé des personnes qui comptaient dans ma vie : mon meilleur ami à ma droite : une mini-boîte de Kleenex ; ma femme, un petit coussin à côté de lui ; mes enfants, des coussins miniatures.

Au bout d'un moment, j'ai contemplé la projection de mon paysage intérieur : deux meubles imposants, sombres et menaçants figuraient mes parents, et des objets minuscules représentaient mes amis, ma femme et mes enfants. J'étais stupéfait : j'avais recréé l'image intérieure que j'avais eue, petit, de mes stricts parents calvinistes. Ma poitrine était oppressée et ma voix, j'en étais sûr, devait l'être encore plus. Je ne pouvais nier ce que mon cerveau spatial révélait : la « structure » m'avait permis de visualiser ma carte implicite du monde.

Quand j'ai dit à Pesso ce que je venais de découvrir, il a hoché la tête et m'a demandé si je voulais changer de perspective. J'ai senti revenir mon scepticisme mais, comme je l'aimais bien et que sa méthode piquait ma curiosité, j'ai accepté avec hésitation. Il s'est placé directement entre moi et le divan et la lampe, les cachant à ma vue. Aussitôt, j'ai éprouvé une profonde libération : l'étau s'est desserré autour de ma poitrine et ma respiration s'est détendue. C'est à cet instant que j'ai décidé de devenir l'élève de Pesso⁴.

RESTRUCTURER LES CARTES INTÉRIEURES

Projeter son monde psychique dans l'espace tridimensionnel d'une structure permet de voir ce qui se produit dans le théâtre de

son esprit et donne un regard bien plus clair sur la manière dont on réagit aux personnes et aux événements du passé. En disposant des substituts aux figures marquantes de sa vie, on peut être surpris par les souvenirs et les émotions qui remontent en soi. On peut déplacer les pièces sur l'échiquier extérieur que l'on a créé, pour voir comment on en est affecté.

Même si les structures comprennent des dialogues, la thérapie psychomotrice ne cherche pas à expliquer ni à interpréter le passé. Elle permet d'éprouver ce qu'on a ressenti à l'époque, de visualiser ce qu'on a vu, et de dire ce qu'on n'a pas pu exprimer. C'est comme si on pouvait revenir en arrière dans le film de sa vie pour en réécrire les scènes cruciales. On peut demander à quelqu'un de faire ce qu'on n'a pas pu faire autrefois, par exemple empêcher son père de frapper sa mère. Ces tableaux sont capables de déclencher des émotions intenses. Quand on place dans un coin sa « vraie mère », tremblante de peur, on peut mourir d'envie de l'aider et mesurer à quel point on se sentait impuissant dans son enfance. Mais si on crée ensuite une mère idéale, qui tient tête à notre père et sait éviter d'être piégée dans la violence conjugale, on peut éprouver un soulagement viscéral et se sentir libéré de son vieux sentiment de culpabilité – ou affronter le frère qui nous a brutalisé, puis créer un frère idéal, qui nous protège et devient notre modèle.

La tâche du thérapeute et des autres participants est d'apporter leur soutien pour qu'on puisse explorer ce que la peur nous a empêchés de creuser tout seuls. La sécurité du groupe nous aide à remarquer des choses que l'on a occultées, souvent celles dont on a le plus honte. Quand on n'a plus à se cacher, la structure permet de remettre la honte à sa place : dans les figures symbolisant les gens qui, autrefois, nous ont blessés et face auxquels nous nous sentions désarmés.

Se sentir en sécurité permet de lancer à son père (ou plutôt, à son substitut) ce qu'on aurait voulu pouvoir lui crier à cinq ans. On peut dire à l'ersatz de sa mère effrayée combien on regrette de n'avoir pas pu veiller sur elle – ou jouer avec la distance et la proximité, pour

voir ce qui se passe quand on déplace les figures symboliques. En tant que participant actif, on peut se perdre dans une scène comme on ne pourrait jamais le faire en racontant simplement une histoire; et, pendant qu'on représente la réalité de ce qu'on a éprouvé, le témoin nous accompagne en reflétant nos changements de ton, d'expression et de posture.

D'après mon expérience, revivre physiquement le passé dans le présent, puis le remanier dans un « contenant » sûr et encourageant, peut être assez puissant pour créer des souvenirs nouveaux et complémentaires : l'impression de grandir dans un cadre harmonieux, affectueux, où on est protégé du mal. Les structures n'effacent pas les mauvais souvenirs; elles ne les neutralisent pas non plus comme l'EMDR. Mais elles offrent des options inédites : une mémoire alternative où nos besoins élémentaires sont satisfaits et nos désirs d'amour et de protection assouvis.

RÉVISER LE PASSÉ

En voici un exemple, tiré d'un atelier que j'ai animé récemment à l'Institut Esalen*, à Big Sur, en Californie.

Maria était une Philippine de quarante-cinq ans, mince et athlétique, qui s'était portée volontaire pour être protagoniste. Elle avait été aimable et conciliante les deux premiers jours, quand le groupe avait appris des techniques d'autorégulation et exploré l'impact à long terme du traumatisme. Mais voilà qu'assise sur un coussin à deux mètres de moi, elle semblait effrayée et effondrée. Je me suis demandé si c'était juste pour faire plaisir à l'amie qui l'avait accompagnée qu'elle avait voulu être protagoniste.

J'ai commencé par l'engager à remarquer ce qui se passait en elle et à exprimer tout ce qui lui venait en tête. Après un long silence,

* Fondé en 1962 par Dick Price et Michael Murphy, l'Institut Esalen est un centre d'éducation alternatif et éclectique, influencé par des penseurs, des psychologues et des artistes. (N.D.T.)

elle a dit : « Je ne peux vraiment rien éprouver dans mon corps, et j'ai l'esprit vide. » Reflétant sa tension intérieure, j'ai noté : « Un témoin peut voir que vous êtes inquiète d'avoir l'esprit vide et de ne rien ressentir après vous être proposée pour faire une structure. C'est bien ça ? » « Oui ! » a-t-elle lancé, l'air un peu soulagée.

La « figure du témoin » entre d'emblée dans la structure, incarnant un observateur compréhensif qui s'associe au protagoniste en reflétant son état émotionnel et le contexte où est apparu ce dernier. Être entendu et approuvé est une condition *sine qua non* pour se sentir en sécurité, ce qui est primordial quand on explore les eaux dangereuses de l'abandon et du traumatisme. Une étude de neuro-imagerie a montré que lorsqu'on entend un énoncé qui reflète notre état intérieur, l'amygdale droite s'allume temporairement, comme pour souligner la justesse de cette résonance.

J'ai invité Maria à se concentrer sur sa respiration et à observer ce qu'elle éprouvait dans son corps. Elle a mis très longtemps à prendre la parole. « J'ai peur en permanence, a-t-elle dit finalement. Même si ça ne se voit pas, je me force constamment. C'est vraiment difficile pour moi d'être ici. » J'ai reflété ses paroles : « Un témoin peut voir comme vous êtes mal à l'aise de vous forcer à être là. » Elle a hoché la tête en se redressant légèrement, signe qu'elle se sentait comprise. « J'ai grandi, a-t-elle poursuivi, en pensant que j'avais une famille normale. Mais j'étais terrifiée par mon père. Je n'ai jamais eu l'impression qu'il m'aimait. Il ne m'a jamais frappée aussi fort que mes frères et sœurs, mais je reste encore habitée par la peur. » J'ai noté qu'un témoin pouvait voir qu'elle était effrayée en parlant de son père, puis je l'ai priée de choisir quelqu'un pour le représenter.

En regardant autour d'elle, Maria a choisi Scott, un vidéaste qui avait beaucoup soutenu les membres du groupe. En me tournant vers lui, je lui ai dicté sa réplique : « Je m'engage à jouer ton vrai père, qui te terrifiait quand tu étais petite. » (Notez que ce travail ne repose pas sur l'improvisation, mais sur l'interprétation fidèle du dialogue et des directives fournis par le témoin et le protagoniste.) Puis j'ai demandé à Maria où elle voulait placer son père, et

elle a dit à Scott de se tenir à trois mètres d'elle, sur sa droite, en se détournant. Nous commençons à créer le tableau. Chaque fois que je dirige une structure, je suis impressionné par la précision des projections extérieures de l'hémisphère droit. Les protagonistes savent toujours exactement où doivent se poster les personnages de leur structure.

De même, je suis toujours surpris de voir les substituts des figures importantes de leur passé revêtir presque immédiatement une réalité virtuelle : non seulement à leurs yeux, mais au regard du groupe, ils semblent bel et bien *devenir* les gens auxquels les protagonistes ont été confrontés. J'ai dit à Maria d'examiner son père, et quand elle l'a fait, nous avons pu voir ses émotions passer de la terreur à une grande compassion. Elle a dit, à travers ses larmes, qu'il avait eu une vie très dure – que, durant son enfance pendant la Seconde Guerre mondiale, on l'avait forcé à manger du poisson infesté de vers, et qu'il avait assisté à des décapitations. Les structures offrent une des conditions essentielles de la guérison profonde : presque un état de transe, où de multiples réalités peuvent se côtoyer : le passé et le présent, savoir qu'on est adulte tout en éprouvant ses émotions d'enfant, les exprimer à une personne qui semble être son tortionnaire tout en ayant conscience qu'il n'en est rien, et ressentir en même temps les sentiments complexes – loyauté, colère et attachement – que les enfants conçoivent pour leurs parents.

Quand Maria a commencé à parler de sa relation avec son père, j'ai continué à refléter ses expressions. Son père, a-t-elle dit, avait brutalisé sa mère. Il ne cessait de critiquer sa cuisine, son corps et son ménage et, lorsqu'il l'injurait, elle avait toujours peur pour elle. Sa mère était une femme affectueuse et chaleureuse ; Maria n'aurait pas pu survivre sans elle. Elle rassurait toujours sa fille après les raclées de son père, mais ne faisait rien pour soustraire ses enfants à sa violence. « Je pense qu'il la terrifiait, qu'elle ne nous a pas protégés parce qu'elle se sentait coincée. »

Peut-être était-il temps, ai-je alors suggéré, de faire entrer sa vraie mère dans la pièce. Maria a regardé le groupe et souri en demandant

à Kristin, une artiste blonde au physique scandinave, d'interpréter ce rôle. Kristin a accepté en répétant la formule solennelle de la structure : « Je m'engage à jouer ta vraie mère, une femme chaleureuse et affectueuse sans qui tu n'aurais pas pu survivre, mais qui n'est pas arrivée à te protéger contre ton père violent. » Maria l'a installée sur un coussin à sa droite, beaucoup plus près que son vrai père.

Je lui ai dit de se tourner vers Kristin, avant de demander : « Que se passe-t-il quand vous la regardez ? » Elle a répondu avec irritation : « Rien. » « Un témoin, ai-je noté, verrait que vous vous raidissez à la vue de votre mère et que vous êtes irritée de ne rien éprouver. » Après un long silence, j'ai insisté : « Maintenant, que se passe-t-il ? » Maria, l'air un peu plus effondrée, a répété : « Rien. » « Y a-t-il une chose que vous voulez dire à votre mère ? » Finalement, elle a déclaré : « Je sais que tu as fait de ton mieux » et, quelques instants plus tard : « Je voulais que tu me protèges... » Quand elle s'est mise à pleurer, je lui ai demandé : « Qu'éprouvez-vous, à présent ? » « Mon cœur cogne dans ma poitrine, a-t-elle répondu. Je suis triste pour ma mère ; elle était complètement incapable de tenir tête à mon père pour nous protéger. Elle se fermait, en faisant comme si tout allait bien, et peut-être qu'elle le pensait, mais aujourd'hui, ça m'horripile. J'ai envie de lui dire : "Maman, quand je te vois avec papa dans ses moments de rage... tu as l'air écoeuvée et je ne comprends pas pourquoi tu ne l'envoies pas balader. Tu ne sais pas lutter, tu es une chiffé molle, en toi, il y a une partie mauvaise et inerte. Je ne sais même pas ce que j'aimerais te dire. Je veux juste que tu changes – tu ne fais jamais ce qu'il faut : tu acceptes tout, même quand il déraile complètement." » « Un témoin, ai-je noté, verrait à quel point vous tenez à ce que votre mère résiste à votre père. » Là, elle a dit qu'elle voulait à tout prix que sa mère s'enfuit avec les enfants pour les soustraire à son père terrifiant.

Je lui ai suggéré de choisir quelqu'un d'autre pour incarner sa mère idéale. En parcourant des yeux le groupe, elle a désigné Ellen, une thérapeute experte en arts martiaux. La plaçant sur un coussin à sa droite, entre elle et sa vraie mère, elle l'a invitée à la prendre

par l'épaule. « Que voulez-vous que votre mère idéale dise à votre père ? » lui ai-je demandé. « “Si tu continues à parler comme ça, a-t-elle répondu, je te quitte et j’emmène les enfants. On ne va pas rester ici à écouter tes conneries.” » J’ai poursuivi : « Que se passe-t-il maintenant ? » « La pression s’est dissipée dans ma tête, a expliqué Maria. Je respire librement. Je sens une énergie subtile danser dans mon corps. C’est agréable. » « Un témoin peut voir combien vous êtes ravie d’entendre votre mère dire qu’elle en a assez des conneries de votre père et va vous arracher à lui », ai-je reflété. Maria a alors sangloté en disant : « J’aurais pu être une petite fille heureuse et protégée... » Du coin de l’œil, j’ai vu plusieurs membres du groupe pleurer en silence : ce regret faisait écho à ceux qu’eux-mêmes éprouvaient.

Au bout d’un moment, je lui ai suggéré de faire entrer son père idéal. Elle a regardé le groupe, visiblement réjouie d’imaginer un bon père, et a choisi Danny. En répétant le texte que je lui ai dicté, Danny a dit avec douceur : « Je m’engage à interpréter ton père idéal, qui t’aurait aimée, entourée, et ne t’aurait pas terrifiée. » Maria lui a offert de s’asseoir à sa gauche. « Mes parents équilibrés ! » s’est-elle exclamée, rayonnante. « Laissez-vous aller à éprouver cette joie en regardant un père idéal qui vous aurait aimée », lui ai-je suggéré. « C’est beau », a-t-elle dit en pleurant. Sur quoi, elle s’est jetée dans les bras de Danny, lui souriant à travers ses larmes. « Je me rappelle un vrai moment de tendresse avec mon père, pareil à celui-là. Je voudrais aussi avoir ma mère près de moi. » Les deux parents idéaux ont réagi en la berçant affectueusement. Je les ai laissés longtemps ainsi pour qu’ils puissent pleinement intérioriser cette expérience.

Nous avons terminé sur cette phrase de Danny : « Si j’avais été ton père idéal, je t’aurais aimée exactement comme ça et je ne t’aurais pas infligé ma cruauté », pendant qu’Ellen ajoutait : « Si j’avais été ta mère idéale, je me serais défendue et je t’aurais protégée. » Tous les personnages ont fait alors des déclarations finales, se dégageant des rôles qu’ils avaient incarnés pour redevenir eux-mêmes avec solennité.

RÉÉCRIRE LE SCÉNARIO DE SA VIE

Personne ne grandit dans des conditions idéales – qu'on ne saurait d'ailleurs pas très bien définir. Comme l'a dit un jour mon défunt ami David Servan-Schreiber, chaque vie est difficile à sa manière. Mais ce qu'on sait avec certitude, c'est que, pour devenir un adulte autonome et sûr de lui, avoir eu des parents stables aide énormément : des parents qui s'émerveillaient de notre caractère, de nos explorations et de nos découvertes ; des parents qui nous ont servi de modèles pour prendre soin de nous et nous entendre avec les autres.

Les failles dans ce domaine se révéleront longtemps après. Un enfant qui a été ignoré ou constamment humilié manquera de respect de soi. Les enfants qu'on n'a pas laissés s'affirmer auront du mal à se défendre plus tard, et chez presque tous les adultes brutalisés à l'âge tendre couvrera toujours une colère bien difficile à contenir.

La vie relationnelle en souffrira aussi. Plus on subit jeune la souffrance et le manque, plus on croira que les actions des autres sont dirigées contre nous, et moins on saura comprendre leurs problèmes personnels. Si on n'arrive pas à apprécier la complexité de leur vie, tout ce qu'ils font tendra à nous conforter dans l'idée qu'on va être déçu ou blessé.

Dans les chapitres sur la biologie du traumatisme, nous avons vu comment le choc et l'abandon déconnectent les gens de leur corps : ils n'y voient pas une source de plaisir et de bien-être, ni une partie d'eux-mêmes exigeant des soins et du réconfort.

Quand on ne peut pas se fier à ses signaux d'alarme ou de sécurité et qu'on est, au contraire, toujours submergé par ses sensations, on perd la capacité à se sentir bien dans sa peau et, par extension, en dehors. Tant qu'on a une carte du monde fondée sur le traumatisme, la maltraitance et la négligence, on a tendance à chercher des raccourcis vers l'oubli. Si on s'attend à être rejeté et frustré, on n'a pas envie d'essayer de nouvelles options, sûr qu'elles mèneront

à l'échec. Ce manque d'expérimentation enferme dans un état de peur, d'isolement et de manque, où on est incapable de s'ouvrir aux explorations mêmes qui pourraient changer notre vision du monde.

C'est une des raisons pour lesquelles les expériences hautement structurées de la thérapie psychocorporelle sont si précieuses. Elles permettent de projeter sa réalité intérieure dans un espace protégé, où on peut observer la confusion de son passé avec des gens réels. Cela crée des moments de révélation concrète : « Oui, ça faisait cet effet. C'est cela que j'ai dû accepter : ce qu'aurait été ma vie si j'avais été chéri et bercé. » Acquérir, dans une structure proche de la transe, une expérience sensorielle de l'amour et de la protection qui nous ont manqué à l'âge de trois ans permet d'écrire une autre version de ce qu'on a ressenti à l'époque. « Je peux communiquer spontanément avec les autres, pourra-t-on dire alors, sans avoir peur d'être repoussé ou blessé. »

Les structures exploitent l'extraordinaire pouvoir de l'imagination pour modifier les récits intérieurs qui dirigent et limitent notre fonctionnement dans le monde. Avec un soutien adéquat, on peut dévoiler dans ce cadre les secrets qu'on craignait auparavant de révéler, non seulement à un thérapeute ou à un confesseur de la dernière heure mais, dans notre esprit, aux personnes qui nous ont vraiment heurtés et trahis.

La nature tridimensionnelle de la structure transforme ce qui était caché, interdit et redouté en réalité visible et palpable. La thérapie psychocorporelle se rapproche en cela de la thérapie du Système familial intérieur, que j'ai présentée au chapitre précédent. Cette dernière convoque les parties dissociées que l'on a forgées pour survivre et permet de s'identifier à elles et de leur parler – afin que le Self inaltéré puisse surgir. La structure, elle, crée une image tridimensionnelle de ce à quoi on a été confronté et nous donne une occasion de trouver une autre issue.

La plupart des gens hésitent à se replonger dans leurs déceptions et leurs douleurs anciennes – de peur de ranimer l'intolérable. Mais à mesure qu'ils se sentent reconnus et compris, une nouvelle réalité

commence à prendre forme. Quand on a été ignoré, critiqué et rabaissé, être fidèlement reflété peut tout changer. Cela donne le droit d'éprouver ce qu'on ressent et de savoir ce que l'on sait : un des fondements essentiels de la guérison.

Le traumatisme nous bloque dans une impasse, où on interprète le présent à la lumière d'un passé immuable. La scène que l'on recrée dans une structure peut ne pas être d'une précision totale, mais elle rend bien l'architecture de notre subconscient : la carte de notre intériorité et les règles cachées qui ont régi notre vie.

OSER DIRE LA VÉRITÉ

J'ai animé récemment une autre structure avec Mark, un jeune adulte qui, à l'âge de treize ans, avait surpris un coup de fil torride entre son père et sa tante, la sœur de sa mère. Cette découverte l'avait troublé, gêné et paralysé, mais quand il avait tenté d'en parler à son père, il s'était heurté à ses dénégations et à sa colère : ce dernier lui avait dit qu'il avait une imagination salace et l'avait accusé de vouloir détruire leur famille. Mark n'avait jamais osé faire part de cela à sa mère mais, dorénavant, les secrets et l'hypocrisie avaient pourri sa vie familiale et lui avaient donné l'impression qu'on ne pouvait faire confiance à personne. Il avait passé son adolescence solitaire à traîner sur des terrains de basket et à regarder la télévision dans sa chambre. Sa mère était morte – d'un lourd chagrin, a-t-il dit – quand il avait vingt et un ans et son père avait alors épousé sa tante. Mark n'avait été invité ni à l'enterrement ni au mariage.

Les secrets de ce genre sont des poisons – des réalités qu'on n'a pas le droit d'admettre ni d'exprimer, mais qui deviennent, pourtant, le fil conducteur de notre existence. J'ignorais totalement cette histoire lorsque Mark est entré dans le groupe ; mais il se distinguait par sa distance émotionnelle et, à son arrivée, il a admis qu'il se sentait séparé des autres par un épais brouillard. J'étais assez inquiet de ce qui allait se révéler dès qu'on commencerait à creuser derrière cette façade inexpressive.

Quand je l'ai poussé à parler de sa vie, il a dit quelques mots, puis il a paru se fermer encore plus. Je l'ai engagé à prendre une « figure de contact » pour le soutenir. Il a choisi Richard, un homme aux cheveux blancs, qu'il a fait asseoir sur un coussin à ses côtés. Un peu plus tard, quand il a commencé à raconter son histoire, il a placé Joe, son « vrai père », à trois mètres devant lui et prié Carolyn, sa « vraie mère », de se blottir dans un coin, le visage dans ses mains. Puis il a demandé à Amanda de jouer sa tante en se campant, les bras croisés, d'un air provocateur – symbole de toutes les femmes cruelles et retorses qui courent après les hommes.

En contemplant le tableau qu'il avait créé, Mark s'est redressé, les yeux grands ouverts ; visiblement, le brouillard s'était dissipé. « Un témoin note comme vous êtes étonné de voir ce à quoi vous avez dû faire face », lui ai-je dit. Mark a hoché la tête avec reconnaissance, puis il s'est rembruni. Soudain, en regardant son vrai père, Joe, il a explosé : « Salaud ! Hypocrite ! Tu as gâché ma vie ! » Je l'ai incité alors à sortir tout ce qu'il avait voulu dire à son père sans pouvoir le faire. Une longue liste d'accusations a fusé. J'ai demandé à Joe de réagir physiquement comme s'il avait été frappé, pour que Mark voie où ses coups avaient porté. Je n'ai pas été surpris qu'il dise de lui-même qu'il avait toujours craint de ne pas pouvoir dominer sa colère. Cela l'avait empêché, a-t-il ajouté, de se défendre à l'école, dans son travail et ses relations sociales.

Après cette confrontation avec son vrai père, je lui ai demandé s'il voulait que Richard, sa figure de contact, endosse un nouveau rôle : celui du père idéal. Quand il a accepté, j'ai invité Richard à lui dire, en le regardant droit dans les yeux : « Si j'avais été ton père idéal, je t'aurais écouté et je ne t'aurais pas accusé d'avoir une imagination salace. » Quand Richard a répété ces paroles, Mark s'est mis à trembler. « Mon Dieu... La vie aurait été bien différente si j'avais pu faire confiance à mon père et lui parler. J'aurais eu un père digne de ce nom. » À ma demande, Richard a ajouté : « Si j'avais été ton père idéal, j'aurais accepté ta colère et tu aurais pu me faire

confiance.» Mark s'est visiblement détendu, puis il a dit que ça aurait tout changé.

Sur quoi, il s'est adressé au substitut de sa tante. Le groupe a été sidéré de le voir l'agonir d'injures : « Intrigante ! Sale pute ! Tu as trahi ta sœur et gâché sa vie. Tu as détruit notre famille ! » Là-dessus, il a éclaté en sanglots. Il a avoué qu'il s'était toujours méfié des femmes qui s'étaient intéressées à lui. Dans la deuxième partie de la structure, nous avons lentement établi les conditions qui lui ont permis de concevoir deux nouvelles femmes : sa tante idéale, qui ne trahissait pas sa sœur mais aidait sa famille d'immigrants isolés ; et sa mère idéale, qui conservait l'attachement de son père et ne mourait pas d'un immense chagrin. Mark a terminé la structure en contemplant en souriant la scène qu'il avait créée.

Pendant le reste de l'atelier, il a participé activement au groupe et, trois mois plus tard, il m'a écrit que cette expérience l'avait transformé. Il venait d'emménager avec sa première petite amie et, même s'ils avaient parfois de vives discussions sur leur installation, il pouvait comprendre son avis sans s'enfermer dans un silence défensif, replonger dans sa peur ou sa colère, ou croire qu'elle voulait le rouler. Il était stupéfait de pouvoir accepter leurs divergences de vues et d'être capable de se défendre. Puis il m'a demandé les coordonnées d'un thérapeute pour mieux supporter les grands changements qu'il faisait dans sa vie et, par chance, un de mes collègues exerçait près de chez lui.

DES ANTIDOTES AUX SOUVENIRS PÉNIBLES

Tout comme le cours d'autodéfense dont j'ai parlé au chapitre 13, les structures de la thérapie psychocorporelle permettent de forger des souvenirs virtuels, qui vivent à côté des réalités douloureuses du passé. De plus, elles procurent des expériences sensorielles – se sentir vu, bercé et soutenu – qui peuvent servir d'antidotes aux souvenirs de blessure et de trahison. Pour changer, il faut se familiariser viscéralement avec des réalités qui contredisent diamétralement les

sentiments statiques du moi traumatisé (bloqué ou paniqué), en les remplaçant par des sensations ancrées dans la sécurité, le plaisir et le lien. Une des fonctions du rêve (on l'a vu au chapitre sur l'EMDR) est de créer des associations qui mêlent les événements frustrants de la journée au reste de la vie. À la différence des rêves, ces structures sont toujours soumises aux lois de la physique, mais elles peuvent elles aussi remanier le passé.

On ne peut, bien sûr, jamais refaire l'histoire ; mais il est possible de créer de nouveaux scénarios émotionnels suffisamment intenses et réels pour désamorcer et contrer certaines des vieilles intrigues. Les tableaux thérapeutiques des structures offrent une expérience que de nombreux participants n'auraient jamais cru pouvoir connaître : celle de se sentir chaleureusement accueillis dans un monde où les autres les protègent, répondent à leurs besoins et les mettent à l'aise.

APPLIQUER LES NEUROSCIENCES POUR RÉTABLIR LES CIRCUITS DU CERVEAU RÉGI PAR LA PEUR

« Est-il vrai – ou bien l’ai-je rêvé – que, grâce à l’électricité, le monde de la matière est devenu un gigantesque nerf, vibrant sur des milliers de kilomètres à la vitesse de l’éclair ? »

Nathaniel Hawthorne, *La Maison aux sept pignons*, 1851

« Le pouvoir de reconcentrer, à tout moment, une imagination distraite est le fondement même du caractère, du jugement et de la volonté. »

William James

Au terme de ma première année de médecine, j’ai travaillé pendant l’été au laboratoire du sommeil d’Ernest Hartmann, à l’hôpital public de Boston. J’étais chargé de préparer les participants d’une étude et d’analyser leur électroencéphalogramme (EEG). À leur arrivée le soir, j’appliquais une nuée d’électrodes autour de leurs yeux et sur leur crâne afin d’enregistrer les rapides mouvements oculaires qui se produisent pendant le rêve. Puis je les accompagnais dans leur chambre, leur disais bonne nuit et démarrais le polygraphe, une grosse machine dont les trente-deux stylos imprimaient leur activité cérébrale sur une bande de papier.

Même durant le sommeil profond, les neurones de leur cerveau maintenaient une communication fébrile, transmise au polygraphe toute la nuit. Pendant ce temps, j'épluchais les électroencéphalogrammes de la veille, en écoutant pour me détendre les résultats des matchs de base-ball à la radio, et je réveillais les sujets par interphone dès que le polygraphe montrait une phase de sommeil paradoxal. Je leur demandais de quoi ils avaient rêvé, j'inscrivais leurs réponses et, au matin, je les aidais à remplir un questionnaire sur la qualité de leur sommeil avant de les renvoyer chez eux.

Ces nuits calmes au laboratoire de Hartmann ont permis de recueillir de nombreuses données sur le sommeil paradoxal, contribuant ainsi à forger la compréhension des processus du sommeil qui a ouvert la voie aux découvertes cruciales dont j'ai parlé au chapitre 15. Toutefois, jusqu'à récemment, notre espoir de voir l'électroencéphalographie aider à mieux comprendre le rôle de l'activité électrique cérébrale dans les problèmes psychiatriques ne se voyait pas réalisé.

CARTOGRAPHIER LES CIRCUITS ÉLECTRIQUES DU CERVEAU

Avant la révolution pharmacologique, il était généralement admis que l'activité cérébrale dépendait de signaux électriques et chimiques. Mais avec l'avènement de la pharmacologie, l'intérêt pour l'électrophysiologie du cerveau a presque disparu pendant des décennies.

Le premier enregistrement de l'activité électrique cérébrale a été réalisé en 1924, par le psychiatre allemand Hans Berger. Cette nouvelle technique, qui s'est d'abord heurtée au scepticisme et aux sarcasmes du corps médical, est peu à peu devenue indispensable pour diagnostiquer les différentes formes d'épilepsie. Berger a identifié des tracés d'ondes cérébrales qui reflétaient certaines activités mentales. (Par exemple, chercher à résoudre un problème de mathématiques créait des pics sur une bande de fréquence assez rapide,

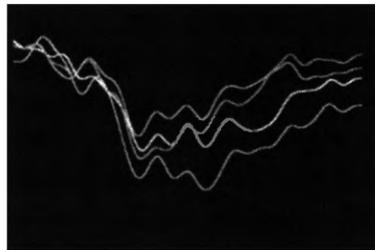
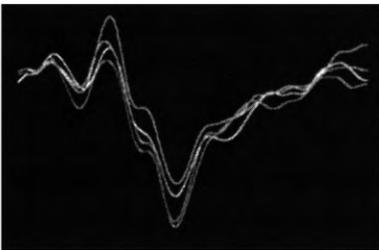
nommée « bêta ».) Il espérait que la science arriverait à associer des problèmes psychiatriques à diverses irrégularités de l'électroencéphalogramme. Cette espérance était nourrie par les premières analyses des EEG des « enfants au comportement à problèmes », qui ont été publiées en 1938¹. Presque tous ces enfants hyperactifs et impulsifs présentaient des ondes plus lentes que la normale dans le lobe frontal. Depuis, cette découverte a été plusieurs fois confirmée et, en 2013, la Food and Drug Administration a certifié que l'activité à ondes lentes du lobe frontal était un biomarqueur du TDAH (trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité). Le dysfonctionnement exécutif des enfants hyperactifs s'explique par une activité électrique lente au niveau de leur lobe frontal : leur cerveau rationnel ne contrôle pas suffisamment leur cerveau émotionnel, ce qui arrive aussi quand les centres émotionnels rendus hypersensibles par la maltraitance et le traumatisme sont organisés pour la lutte ou la fuite.

Au début de ma carrière, dans l'espoir que l'électroencéphalographie pourrait aider à poser de meilleurs diagnostics, j'ai souvent envoyé des patients subir un EEG, pour voir si leur instabilité émotionnelle était due à des anomalies neurologiques. Les résultats s'accompagnaient d'ordinaire de la formule : « Anomalies du lobe temporal non spécifiques². » Cela ne m'apprenait pas grand-chose et comme, à l'époque (dans les années 1980), la seule façon de changer ces profils ambigus était d'administrer des médicaments qui présentaient plus d'effets secondaires que de bénéfiques, j'ai renoncé à prescrire systématiquement des électroencéphalogrammes à mes patients.

Puis, en l'an 2000, une étude conduite par mon ami Alexander McFarlane et son équipe australienne a réveillé mon intérêt, car elle montrait des différences claires dans le traitement de l'information entre les traumatisés et les personnes « normales ». Les chercheurs s'étaient servis d'un test standardisé, le « paradigme insolite », qui consistait à demander aux sujets de repérer un article atypique dans une série d'images au contenu homogène (comme une trompette

dans un groupe de tables et de chaises). Aucune de ces images n'était liée au traumatisme.

Chez les personnes « normales », des parties clés du cerveau avaient collaboré pour produire un tracé cohérent de filtrage, de concentration et d'analyse (voir l'image ci-dessous). En revanche, la coordination des ondes cérébrales des traumatisés était plus vague et elles ne s'étaient pas associées dans un motif structuré. En particulier, elles n'avaient pas produit le tracé qui aide à prêter attention à la tâche à accomplir en éliminant les informations non pertinentes (la courbe montante, appelée N200). De plus, la configuration du traitement des informations centrales du cerveau (le pic descendant, P300) était mal définie ; la profondeur de l'onde montre la capacité d'un sujet à comprendre et à analyser de nouvelles données. C'était une découverte importante sur la manière dont les traumatisés traitent les informations non traumatiques – et, a fortiori, les données de la vie courante. Ces tracés d'ondes cérébrales pouvaient expliquer pourquoi la plupart d'entre eux ont du mal à tirer des leçons de l'expérience et à s'investir pleinement dans la vie quotidienne. Leur cerveau n'est pas organisé pour faire totalement attention à ce qui se passe dans l'instant présent.



Modes d'attention. Quelques millisecondes après qu'une donnée est présentée au cerveau, celui-ci commence à organiser le sens de l'information entrante. Normalement, toutes les zones du cerveau collaborent de manière synchronisée (à gauche) mais, dans le SSPT, les ondes cérébrales sont moins bien coordonnées ; le cerveau a des difficultés à éliminer les informations non pertinentes et à prêter attention au stimulus du moment.

L'étude de McFarlane m'a fait penser à ce qu'avait écrit Janet en 1889 : « Le stress traumatique est une maladie qui consiste à ne pas pouvoir être pleinement vivant dans le présent. » Des années plus tard, lorsque j'ai vu *Démineurs*, le film de Kathryn Bigelow, sur les expériences des soldats en Irak, la recherche de McFarlane m'est revenue en mémoire : tant que ces hommes subissaient un énorme stress, ils étaient extrêmement compétents ; mais dès qu'ils revenaient à la vie civile, faire des choix simples dans un supermarché les dépassait. Les statistiques sur les vétérans qui étudient aujourd'hui grâce au G.I. Bill, mais n'obtiennent pas leurs diplômes, sont alarmantes : d'après certaines estimations, leur proportion dépasse les 80%. Leurs problèmes d'attention contribuent sans nul doute à ces piètres résultats.

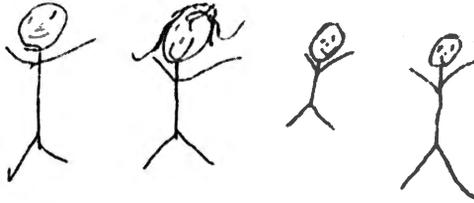
Outre cet éclairage d'un éventuel mécanisme à l'origine du manque de concentration et d'attention dans le SSPT, l'étude de McFarlane a lancé un tout nouveau défi : y aurait-il un moyen de changer ces tracés d'ondes cérébrales dysfonctionnelles ? Sept ans se sont écoulés avant que j'apprenne qu'une méthode pouvait le permettre.

En 2007, lors d'un congrès consacré aux troubles de l'attachement chez l'enfant, j'ai fait la connaissance de Sebern Fisher, ancienne directrice d'une clinique pour adolescents gravement perturbés. Elle pratiquait le neurofeedback en privé depuis une dizaine d'années et m'a montré des dessins d'un enfant de dix ans, avant et après. Ce garçon avait eu tellement de problèmes d'apprentissage, de crises de colère et de difficultés à s'organiser qu'il n'avait pas pu être scolarisé³.

Son premier portrait de famille (n° 1 ci-après), fait avant le début du traitement, correspondait au stade de développement d'un enfant de trois ans. Moins de cinq semaines plus tard, après vingt séances de neurofeedback, ses crises s'étaient espacées et son dessin était devenu nettement plus complexe. Au bout de vingt séances supplémentaires, son portrait s'était à nouveau complexifié et son comportement normalisé.

Je n'avais jamais vu de traitement qui puisse apporter un changement aussi rapide dans le fonctionnement psychique. Quand Sebern m'a proposé de me faire une démonstration de neurofeedback, je me suis empressé d'accepter.

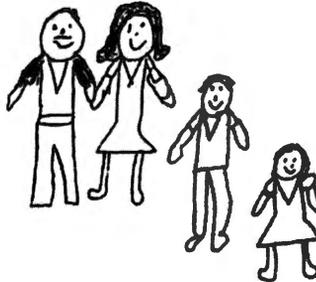
(1) Dessin avant traitement



(2) Dessin au bout de 20 séances



(3) Dessin après 40 séances



Des bonshommes allumettes aux êtres humains clairement définis. Au bout de quatre mois de neurofeedback, le portrait de famille dessiné par un enfant de dix ans indique un développement mental équivalent à celui d'un enfant de six ans.

LA SYMPHONIE DU CERVEAU

En m'accueillant dans son cabinet, à Northampton, dans le Massachusetts, Sebern m'a montré son matériel de neurofeedback – deux ordinateurs de bureau et un petit amplificateur – et quelques-unes des données qu'elle avait recueillies. Ensuite, elle a posé une électrode sur les deux côtés de mon crâne et une autre sur mon oreille droite. Peu après, l'écran devant moi a affiché les mêmes rangées d'ondes cérébrales que celles que j'avais vues, trente ans plus tôt, sur le polygraphe du laboratoire du sommeil. Ce minuscule ordinateur pouvait détecter, enregistrer et reproduire la symphonie électrique de mon cerveau avec plus de vitesse et de précision que l'équipement coûteux du laboratoire d'Hartmann.

Comme elle me l'a expliqué, le feedback renvoie au cerveau un miroir de sa propre fonction : les oscillations et les rythmes qui soutiennent les courants et les contre-courants de l'esprit. Le neurofeedback encourage le cerveau à augmenter ou à réduire l'émission de certaines fréquences, en créant de nouvelles habitudes qui rehaussent sa complexité naturelle et sa tendance à l'autorégulation⁴. « Il se peut, m'a-t-elle dit, que nous libérions en fait des propriétés oscillatoires innées, mais bloquées, et que nous permettions à de nouvelles de se développer. »

Sebern a ajusté quelques réglages pour « fixer la récompense et inhiber des fréquences », afin que le feedback renforce certaines ondes cérébrales et en décourage d'autres. Je regardais maintenant ce qui ressemblait à un jeu vidéo, où naviguaient trois vaisseaux spatiaux de différentes couleurs. L'ordinateur émettait des sons discontinus et les vaisseaux se déplaçaient de manière totalement aléatoire. J'ai découvert qu'ils s'arrêtaient lorsque je clignais des yeux et que, si je regardais calmement l'écran, ils avançaient en même temps, accompagnés par des bips réguliers. Sebern m'a engagé à pousser le vert à dépasser les autres. Je me suis penché en avant pour me concentrer, mais plus je faisais d'efforts, plus ce vaisseau

restait à la traîne. Elle a souri et dit que j'y arriverais bien mieux si je me détendais pour laisser mon esprit absorber le feedback généré par l'ordinateur. Je me suis laissé aller et, au bout d'un moment, les bips se sont régularisés et le vaisseau vert a commencé à devancer les autres. Je me sentais calme et concentré – et mon vaisseau spatial était en train de gagner...

À certains égards, faire du neurofeedback est comme regarder le visage d'une personne à qui on parle. Si on la voit sourire ou hocher la tête, on est récompensé, et on continue à raconter son histoire ou à développer son idée. Mais dès qu'elle paraît lassée ou détourne les yeux, on se tait ou on change de sujet. Dans le neurofeedback, la récompense est un mouvement sur l'écran ou un son au lieu d'un sourire, et l'inhibition est bien plus neutre qu'un froncement de sourcils : juste une image non désirée.

Après cette expérience, Sebern m'a présenté un autre aspect du neurofeedback : son aptitude à suivre un circuit dans certaines zones du cerveau. Elle a déplacé les électrodes de mes tempes à mon sourcil gauche, et j'ai commencé à me sentir vif et concentré. Elle renforçait, m'a-t-elle dit, les ondes bêta dans mon cortex frontal, ce qui expliquait ma vivacité. Lorsqu'elle a transféré les électrodes au sommet de mon crâne, je me suis senti plus détaché des images sur l'ordinateur et plus conscient de mes sensations physiques. À la fin de la séance, elle m'a donné un graphique montrant comment mes ondes cérébrales avaient changé quand j'avais perçu des variations subtiles dans mes sensations et mon état d'esprit.

Comment pouvait-on utiliser le neurofeedback dans le traitement du traumatisme ? « On espère intervenir dans les circuits qui favorisent et maintiennent des états de peur, d'angoisse, de honte et de rage, m'a-t-elle expliqué. C'est l'enclenchement répétitif de ces circuits qui définit le traumatisme. » Les patients ont besoin d'aide pour changer les comportements routiniers de leur cerveau créés par le traumatisme et ses conséquences. Quand les habitudes de peur se relâchent, le cerveau est moins vulnérable au stress automatique et peut mieux se concentrer sur les événements ordinaires.

Après tout, le stress n'est pas inhérent aux événements eux-mêmes – il dépend du regard qu'on porte sur eux et de la réaction qu'ils provoquent en nous. Le neurofeedback stabilise simplement le cerveau et augmente la résilience, ce qui permet d'élargir l'éventail de nos réactions.

LA NAISSANCE DU NEUROFEEDBACK

En 2007, le neurofeedback n'était pas une technique nouvelle. Dès la fin des années 1950, un professeur de psychologie de l'université de Chicago, Joe Kamiya, qui étudiait le phénomène des perceptions internes, avait découvert qu'avec le feedback des sujets pouvaient apprendre à discerner les ondes alpha, celles qui sont associées à la relaxation (certains sujets de son étude n'ont mis que quatre jours à y arriver parfaitement). Il a prouvé ensuite qu'on pouvait aussi entrer volontairement dans un état alpha en réponse à un simple signal sonore.

En 1968, un article sur les recherches de Kamiya est paru dans la revue *Psychology Today*, et l'idée que l'entraînement des ondes alpha pouvait permettre de dissiper le stress et les états liés au stress n'a pas tardé à se répandre⁵. Les premiers travaux scientifiques montrant que le neurofeedback pouvait avoir un effet sur les états pathologiques ont été réalisés par Barry Stermán à l'UCLA (l'université de Los Angeles). La Nasa avait demandé à Stermán d'étudier la toxicité d'un combustible de fusées, le monométhyldiazine (MMH), connu pour causer des hallucinations, des nausées et des crises d'épilepsie. Stermán avait entraîné au préalable dix chats à générer une certaine fréquence d'ondes cérébrales, le rythme sensorimoteur (un état de vigilance concentré, qui correspond à l'attente de la nourriture chez ces félins). Il a constaté que ce groupe de chats ne faisait pas de crise d'épilepsie après une exposition au MMH, contrairement à d'autres qui n'avaient pas été soumis au neurofeedback. L'entraînement à la production du rythme sensorimoteur avait, d'une certaine manière, stabilisé leur cerveau.

En 1971, Sterman a expérimenté la technique du neurofeedback sur son premier sujet humain : Mary Fairbanks, vingt-trois ans. La jeune femme, qui était épileptique depuis l'âge de huit ans, faisait des crises tonico-cloniques (le « grand mal ») au moins deux fois par mois. Elle s'est entraînée une heure par jour, deux fois par semaine. Au bout de trois mois de traitement, elle n'avait quasiment plus de crises. Plus tard, Sterman a reçu une subvention des Instituts de santé pour mener une étude plus représentative, dont les résultats impressionnants sont parus en 1978, dans la revue *Epilepsia*⁶.

Cette période d'expérimentation et d'optimisme sur le potentiel de l'esprit humain a pris fin au milieu des années 1970, avec la découverte de nouveaux psychotropes. La psychiatrie et la science du cerveau ont alors adopté un modèle chimique de l'esprit, et les autres approches thérapeutiques ont été reléguées au second plan.

Depuis, le neurofeedback s'est développé par à-coups, notamment grâce à des chercheurs russes, européens et australiens. Bien que cette thérapie compte environ 10 000 praticiens aux États-Unis, elle n'a pas recueilli assez de subventions de recherche pour être largement acceptée. Son expansion tardive tient peut-être aussi au fait que ce terme recouvre beaucoup de méthodes concurrentes et que leur potentiel commercial est limité. Seules quelques-unes sont prises en charge par les assurances, ce qui rend le neurofeedback coûteux pour les patients et empêche les praticiens de trouver les moyens de conduire des études à grande échelle.

D'UN FOYER DE SANS-ABRI À UN POSTE D'INFIRMIÈRE

Sebern s'était arrangée pour me présenter trois de ses patients. Leurs histoires étaient toutes remarquables mais, en écoutant Lisa, une jeune femme de vingt-sept ans qui faisait des études d'infirmière, j'ai vraiment pris conscience de l'énorme potentiel du neurofeedback. Lisa possédait le meilleur facteur de résilience que l'on puisse avoir : elle était curieuse, attachante et visiblement

intelligente. Elle parlait à cœur ouvert et ne demandait qu'à révéler ce qu'elle avait appris sur elle-même ; et surtout, comme beaucoup de survivants que j'ai connus, elle avait un grand sens de l'humour et un délicieux regard sur la folie humaine.

À ce que je savais de son enfance, c'était un vrai miracle qu'elle soit aussi calme et sûre d'elle. Elle avait passé des années dans des foyers et des hôpitaux psychiatriques, et elle était bien connue au service des urgences de l'ouest du Massachusetts : c'était la fille qui débarquait régulièrement en ambulance, à moitié morte par suite d'une overdose de médicaments ou d'une automutilation sanglante.

Elle a commencé son histoire en ces termes : « J'enviais les enfants qui savaient à quoi s'en tenir quand leurs parents se soûlaient. Au moins, ils pouvaient prévoir les dégâts. Chez moi, il n'y avait aucune constante. Ma mère pouvait exploser n'importe quand : en dînant, en regardant la télé ou en s'habillant – je ne savais jamais comment elle allait s'en prendre à moi. C'était complètement aléatoire. »

Son père avait quitté la maison quand elle avait trois ans, la laissant à la merci de sa mère psychotique. « Torture » n'est pas un mot trop fort pour qualifier les sévices qu'elle avait subis. « Je vivais dans le grenier, m'a-t-elle dit, et, là-haut, il y avait une autre pièce où je pissais sur le tapis parce que j'avais trop peur de descendre aux toilettes. Je déshabillais complètement mes poupées, les transperçais avec des crayons et les accrochais à la fenêtre. »

À douze ans, Lisa s'était enfuie de chez elle, mais la police l'avait ramassée et rendue à sa mère. Après sa deuxième fugue, les services de protection de l'enfance étaient intervenus. Elle avait passé les six années suivantes dans des foyers, des hôpitaux psychiatriques, des familles d'accueil et même dans la rue. Aucun placement n'avait duré, parce qu'elle était si autodestructrice et dissociée qu'elle terrifiait les parents d'accueil et les soignants. Elle se mutilait ou brisait des meubles, mais n'en gardait aucun souvenir, ce qui lui avait valu une réputation de menteuse manipulatrice. En y repensant, m'a-t-elle expliqué, elle n'avait simplement pas les mots pour dire ce qui lui arrivait.

À dix-huit ans, chassée des services de protection de l'enfance du fait de son statut d'« adulte », elle avait entamé une vie indépendante : démunie, sans famille, ni éducation ni compétences. Heureusement, peu après, elle avait rencontré Sebern, qui venait d'acheter son premier appareil de neurofeedback et se rappelait l'avoir rencontrée dans un centre où elle travaillait. Ayant toujours eu un faible pour cette fille désaxée, elle l'avait invitée à essayer son nouveau gadget.

« La première fois que Lisa est venue me voir, c'était l'automne, m'a raconté Sebern. Elle avait le regard vide et trimballait une citrouille partout où elle allait. Elle semblait vivre sur une autre planète et j'ignorais si j'accéderais à un moi organisé. » Aucune forme de thérapie n'était possible pour elle. Quand Sebern l'interrogeait sur un sujet stressant, elle se fermait ou paniquait. « Chaque fois qu'on cherchait à parler de ce qui m'était arrivé dans mon enfance, a dit Lisa, je piquais une crise. Je me réveillais avec des entailles et des brûlures, j'étais incapable de manger et de dormir. »

Sa terreur était omniprésente : « J'avais toujours peur. Je n'aimais pas qu'on me touche. J'étais nerveuse et agitée. Je ne pouvais pas fermer les yeux s'il y avait quelqu'un près de moi. Rien ne pouvait me convaincre qu'on n'allait pas me bourrer de coups de pied dès que j'aurais les paupières closes. Ça vous rend fou. On sait qu'on est dans une pièce avec des gens en qui on a confiance, on sait intellectuellement qu'il ne va rien vous arriver, mais en même temps votre corps n'est pas d'accord et on ne peut même pas se détendre. Si quelqu'un me prenait dans ses bras, je me dégageais. » Elle était coincée dans un état de choc inéluctable.

Lisa se rappelait avoir été dissociée dans son enfance, mais ça avait empiré après la puberté : « J'ai commencé à me réveiller la peau tailladée. À l'école, on me connaissait sous différents noms. Je ne pouvais pas avoir de copain attiré parce que je le trompais quand j'étais dissociée, puis ça me sortait de la tête. Je m'évanouissais très souvent et je reprenais conscience dans des situations bizarres. » Comme beaucoup de gens gravement traumatisés, Lisa ne pouvait pas se

reconnaître dans un miroir⁷. Je n'avais jamais entendu aussi bien exprimer l'absence d'un sentiment continu du moi.

Elle n'avait personne pour confirmer sa réalité. « À dix-sept ans, quand j'étais dans un foyer pour adolescents très perturbés, je me suis grièvement coupée avec un couvercle de boîte de conserve. On m'a emmenée aux urgences, mais je n'ai pas pu dire au médecin ce que j'avais fait pour me mettre dans cet état : je l'avais oublié. L'urgentiste était convaincu que le trouble dissociatif de l'identité n'existait pas... Beaucoup de psychiatres disent la même chose. Pas qu'on n'en souffre pas, mais qu'il n'existe pas. »

Le premier geste de Lisa en quittant ce foyer à l'âge adulte a été d'arrêter ses médicaments : « Ça ne marche pas pour tout le monde, a-t-elle reconnu, mais pour moi, ça s'est révélé le bon choix. Je connais des gens qui ont besoin d'en prendre, mais ça n'a pas été mon cas. Après avoir tiré un trait dessus et commencé le neurofeedback, je suis devenue bien plus claire. »

Quand Sebern l'a invitée à faire du neurofeedback, elle ignorait ce que cela donnerait, car Lisa était la première patiente dissociée sur qui elle l'essayait. À raison de deux séances hebdomadaires, elle a commencé par renforcer des fonctionnements plus cohérents dans son lobe temporal droit, le centre cérébral de la peur. Au bout de quelques semaines, Lisa a remarqué qu'elle était moins anxieuse en présence des autres et ne redoutait plus la buanderie, au sous-sol de son immeuble. Puis une percée majeure s'est produite : « J'avais toujours un léger bourdonnement de voix dans ma tête, se souvenait-elle, et je craignais d'être schizophrène. Après environ un an de neurofeedback, j'ai cessé de l'entendre. Je me suis intégrée, je suppose. Tout s'est rassemblé. »

En développant un sentiment plus permanent du moi, elle est parvenue à s'exprimer sur ses expériences : « Maintenant, je peux vraiment parler de mon enfance. Pour la première fois, j'ai réussi à *suivre* une thérapie. Avant, je n'avais pas assez de distance ni de calme intérieur. Quand on est encore "dedans", c'est difficile d'en parler. Je n'arrivais pas à m'attacher ni à m'ouvrir assez pour avoir

une relation avec un thérapeute.» Ça a été une vraie révélation : un grand nombre de patients abandonnent leur traitement, incapables de communiquer parce qu'ils sont encore « dedans ». Bien sûr, quand on ne sait pas qui on est, on ne peut pas voir la réalité des gens autour de soi.

« J'étais angoissée à l'idée de m'attacher, a expliqué Lisa. Quand j'entrais dans une pièce, j'essayais de mémoriser tous les moyens d'en sortir, tous les détails sur la personne qui s'y trouvait. J'essayais désespérément de garder en mémoire tout ce qui pouvait me faire du mal. Maintenant, je vois les autres différemment. Je ne cherche plus à les graver dans mon esprit parce qu'ils me font peur. Quand on ne craint pas qu'on vous attaque, on peut avoir un autre regard sur les gens. »

Cette jeune femme si éloquente était sortie des profondeurs du désespoir et de la confusion avec une clarté et une concentration inouïes. Il était évident que nous devions explorer le potentiel du neurofeedback au Trauma Center.

S'INITIER AU NEUROFEEDBACK

Nous devons d'abord décider quelle technique adopter parmi les cinq méthodes existantes, puis trouver un long week-end pour apprendre ses principes et nous exercer les uns sur les autres⁸. Huit membres de notre équipe et trois formateurs ont pris sur leurs congés pour explorer les complexités de l'encéphalographie et du feedback généré par ordinateur. Le deuxième jour, alors que je m'entraînais avec mon collègue Michael, j'ai placé une électrode sur la droite de son crâne, directement au-dessus de la bande sensorimotrice de son cerveau, et renforcé la fréquence de 11 à 14 hertz. Peu après la fin de la séance, Michael a demandé à s'adresser au groupe. Il venait de faire une expérience remarquable, a-t-il dit. Il s'était toujours senti un peu sur la défensive et vulnérable avec les autres, même avec des collègues comme nous. Personne n'avait dû le remarquer – après tout, c'était un thérapeute respecté –, mais

il était rongé par un sentiment d'insécurité. Celui-ci avait disparu, le laissant rassuré, ouvert et détendu. Pendant les trois années suivantes, Michael est sorti de sa réserve habituelle pour stimuler le groupe par ses avis et ses idées, et il est devenu un de nos meilleurs praticiens de neurofeedback.

Avec l'aide de la Fondation des sciences naturelles et appliquées, nous avons pu lancer notre première étude sur cette thérapie. Notre panel était composé de 17 patients chez qui d'autres traitements avaient échoué. En ciblant l'aire temporale droite du cerveau, celle que nos premières études d'imagerie cérébrale (voir le chapitre 3^o) avaient trouvé trop activée lors du stress traumatique, nous leur avons donné vingt séances de neurofeedback.

Comme ces patients, qui souffraient presque tous d'alexithymie, n'arrivaient pas à manifester ce qu'ils ressentaient, ils avaient du mal à exprimer leur réaction au traitement. Mais leurs actes parlaient pour eux : ils arrivaient toujours à l'heure, même s'ils devaient rouler dans une tempête de neige. Aucun n'a abandonné l'étude et, à la fin, nous avons constaté des améliorations importantes, non seulement dans leurs scores sur l'échelle d'évaluation du SSPT¹⁰, mais aussi dans leur confort relationnel, leur équilibre émotionnel et leur conscience d'eux-mêmes¹¹. Ils étaient moins affolés, ils dormaient mieux et se sentaient plus calmes et plus concentrés.

Au demeurant, les déclarations des patients peuvent être sujettes à caution ; les changements de comportement sont une bien meilleure preuve des effets du traitement. Le premier homme que j'ai traité par neurofeedback en était un bon exemple. Âgé d'une cinquantaine d'années, il se disait hétérosexuel, mais il avait des rapports compulsifs avec des inconnus dès qu'il se sentait abandonné et incompris. Ce problème avait brisé son mariage et il était devenu séropositif ; il voulait à tout prix contrôler sa conduite. Lors d'une thérapie précédente, avec un professionnel aguerri qui l'avait suivi sans succès pendant plus d'un an, il avait longuement parlé d'un oncle qui avait abusé de lui quand il avait huit ans. Sa

compulsion, supposait-il, était liée à cette agression, mais établir ce lien n'avait changé en rien ses errements.

Je l'ai entraîné à produire des ondes cérébrales plus lentes dans son lobe temporal droit. Une semaine après, il a eu une querelle pénible avec sa nouvelle compagne et, au lieu de foncer dans son lieu de drague habituelle, il est allé pêcher. J'ai attribué cette réaction au hasard ; mais pendant les dix semaines suivantes, pris dans sa relation houleuse, il a continué à trouver un réconfort dans la pêche. Lorsqu'il a manqué trois semaines de neurofeedback du fait de nos vacances respectives, sa compulsion est revenue, ce qui suggérait que son cerveau n'avait pas encore stabilisé ses nouvelles habitudes. J'ai poursuivi son entraînement pendant six mois et aujourd'hui, quatre ans plus tard, nous faisons le point ensemble deux fois par an. Il n'a plus éprouvé le besoin de se livrer à ses pratiques dangereuses.

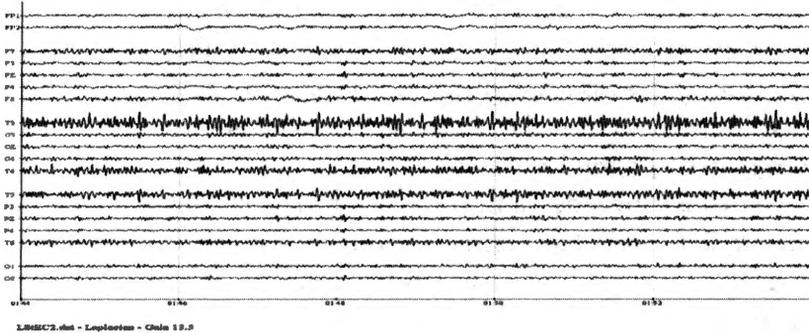
Comment son cerveau en était-il venu à trouver un soulagement dans la pêche plutôt que dans une compulsion sexuelle ? Pour l'instant, cela reste un mystère. Le neurofeedback change les modes de connectivité du cerveau. L'esprit suit en créant de nouvelles sortes d'engagement.

LE B.A.-BA DES ONDES CÉRÉBRALES

Chaque ligne d'un électroencéphalogramme (EEG) correspond au tracé de l'activité d'une zone du cerveau : un mélange de rythmes, placés sur une échelle de vitesse croissante¹². L'EEG se compose de mesures de hauteurs (amplitudes) et d'ondes (fréquences) différentes. La fréquence désigne le nombre d'oscillations d'une onde par seconde et se mesure en hertz (Hz) ou en cycles par seconde (cps). Toutes les fréquences de l'EEG sont pertinentes pour comprendre et soigner le traumatisme, et le b.a.-ba est assez facile à saisir.

Les ondes delta, les fréquences les plus lentes (2 à 5 Hz), apparaissent le plus souvent pendant le sommeil. Le cerveau fonctionne alors au ralenti, et l'esprit est tourné vers lui-même. Si on a trop

d'ondes lentes à l'état de veille, on a l'esprit brumeux, un piètre jugement et on contrôle mal ses impulsions. 80% des enfants atteints d'un TDAH et beaucoup de victimes de traumatisme ont un excès d'ondes lentes dans leurs lobes frontaux.



L'électroencéphalogramme (EEG). Bien qu'il n'existe pas de signature typique du SSPT, de nombreux traumatisés – comme ce patient – présentent une activité nettement accrue dans leurs lobes frontaux (T3, T4, T5). Le neurofeedback peut normaliser ces tendances cérébrales dysfonctionnelles et ainsi, augmenter la stabilité émotionnelle.

LE RYTHME DES ONDES CÉRÉBRALES EST LIÉ À L'ÉTAT D'EXCITATION

DELTA Moins de 4 cps	THËTA 4-8 cps	ALPHA 8-12 cps	SMR 12-15 cps	BËTA 15-18 cps	BËTA HAUTE FRÉQUENCE Plus de 19 cps
Sommeil	Somnolence	Concentration relâchée	Pensée détendue	Réflexion active	Excitation

Dépression,
TDAH et
activité de
crise dans
cette bande
de fréquences

On entraîne le cerveau
à entrer dans cette bande
de fréquences pour modifier
des symptômes de dépression
et de TDAH, et améliorer
l'activité de crise

* cps = cycles par seconde, ou hertz

Le rêve accélère les ondes cérébrales. Les fréquences thêta (de 5 à 8 Hz) dominent à la lisière du sommeil, comme dans l'état de

flottement « hypnopompique » décrit au chapitre sur l'EMDR. Elles sont aussi caractéristiques des trances hypnotiques. Les ondes thêta créent un état d'esprit non contraint par la logique et les exigences ordinaires de la vie – et donc, à même de produire des associations nouvelles. Un des traitements les plus prometteurs du SSPT par neurofeedback, l'entraînement alpha-thêta, utilise cette qualité pour libérer des associations figées et faciliter un nouvel apprentissage. Revers de la médaille : les fréquences thêta sont aussi présentes lorsqu'on est déprimé ou paumé.

Les ondes alpha (de 8 à 12 Hz) s'accompagnent d'un sentiment de paix et de calme¹³. Elles sont bien connues des gens qui ont appris à méditer en pleine conscience. (Un patient m'a dit un jour que le neurofeedback marchait pour lui « comme la méditation sur les stéroïdes ».) La plupart du temps, je pratique l'entraînement des ondes alpha pour aider les personnes trop prostrées ou trop agitées à atteindre un état de relaxation concentrée. Aux États-Unis, le Centre médical militaire Walter Reed a acheté récemment des appareils d'« entraînement alpha » pour soigner des soldats traumatisés, mais à l'heure où j'écris ce livre, leur réaction à ce traitement n'a pas encore été publiée.

Les ondes bêta sont les fréquences les plus rapides (de 13 à 20 Hz). Quand elles dominent, l'esprit est tourné vers le monde extérieur. Elles permettent de se concentrer lorsqu'on exécute une tâche. La fréquence bêta la plus élevée (supérieure à 20 Hz) est toutefois associée à l'agitation, à l'anxiété et à la tension physique : à l'état d'alerte où l'on regarde sans cesse autour de soi.

AIDER L'ESPRIT À SE CONCENTRER

L'entraînement par neurofeedback peut améliorer la créativité, les performances sportives et la conscience intérieure, même chez les personnes ayant déjà atteint un haut niveau dans ces domaines¹⁴. Quand nous avons commencé à étudier le neurofeedback, nous avons découvert que le département de médecine du sport de

l'université de Boston était le seul à être au fait de cette pratique. Un de mes tout premiers professeurs de physiologie cérébrale, le psychologue du sport Len Zaichkowsky, a rapidement quitté Boston pour entraîner les Canucks de Vancouver, l'équipe professionnelle de hockey sur glace, par neurofeedback¹⁵.

Cette méthode a sans doute été beaucoup plus étudiée pour améliorer les prouesses athlétiques que les états psychiques. En Italie, l'entraîneur du Milan AC l'a utilisée pour aider ses joueurs à rester détendus et concentrés en regardant des vidéos de leurs erreurs. L'optimisation de leur forme s'est révélée payante quand certains d'entre eux ont participé à la victoire de l'Italie en Coupe du monde en 2006 – et que le Milan AC a remporté le Championnat d'Europe l'année suivante¹⁶. « À nous le podium », un plan de financement conçu pour aider le Canada à dominer les Jeux olympiques d'hiver de 2010, a aussi fait appel au neurofeedback. Les Canadiens ont gagné la plupart des médailles d'or.

Cette méthode a même bénéficié à l'interprétation musicale. En Angleterre, un jury du Royal College of Music a jugé qu'après dix séances de neurofeedback, la qualité de jeu d'un groupe d'élèves s'était améliorée de 10% par rapport à celle de leurs condisciples. Dans un domaine où règne la compétition, c'était une différence de taille¹⁷.

Vu la capacité du neurofeedback à renforcer la concentration, il n'est guère étonnant que les spécialistes du TDAH s'y soient intéressés. Au moins trente-six études ont montré que ce procédé pouvait être un traitement efficace pour le TDAH : à peu près aussi bon que les médicaments¹⁸. Une fois le cerveau entraîné à produire différents types de communication électrique, aucune autre thérapie n'est nécessaire – contrairement aux médicaments, qui ne changent pas fondamentalement l'activité cérébrale et n'agissent plus dès qu'on cesse d'en prendre.

OÙ EST LE PROBLÈME DANS MON CERVEAU ?

Une analyse informatique poussée de l'EEG, l'électroencéphalographie quantitative (EEGq), permet de suivre milliseconde par milliseconde l'activité des ondes cérébrales. De plus, son logiciel peut convertir cette activité en une carte en couleur, faisant ressortir les fréquences les plus hautes et les plus basses dans des zones clés du cerveau¹⁹. L'EEGq peut aussi montrer la qualité de communication ou de collaboration entre les aires cérébrales. Il existe plusieurs grandes bases de données d'EEGq de profils normaux et anormaux, ce qui permet de comparer l'EEGq d'un patient avec ceux de milliers d'autres. Enfin, cette méthode présente un avantage majeur : contrairement à l'IRMf et au scanner, elle est à la fois légère et assez peu coûteuse.

L'électroencéphalographie quantitative apporte des preuves irréfutables des limites arbitraires des catégories diagnostiques du *DSM*. Les appellations données aux troubles mentaux dans ce manuel ne correspondent pas à des types d'activation cérébrale particuliers. Or, les états psychiques communs à plusieurs diagnostics – confusion, agitation, etc. – sont associés à des motifs bien définis sur l'EEGq. En général, plus un patient a de problèmes, plus son EEGq présente d'anomalies²⁰.

Nos patients trouvent très utile de pouvoir situer et visualiser les modes d'activité électrique dans leur cerveau. Cette technique nous permet de leur montrer ceux qui semblent causer leur difficulté à se concentrer ou leur manque de contrôle émotionnel. Ils peuvent ainsi voir pourquoi ils doivent entraîner certaines zones de leur cerveau à générer divers types de fréquences et de communication. Cela les aide à ne plus culpabiliser quand ils tentent de maîtriser leur comportement et, partant, à apprendre à traiter les informations autrement.

Comme me l'a dit récemment Ed Hamlin, qui nous a formés à l'interprétation de l'EEGq : « Ce traitement est souvent efficace, mais

les gens sur qui il agit le mieux et le plus rapidement sont ceux qui peuvent voir le lien entre le feedback et ce qu'ils font sur le moment. Par exemple, si j'essaie d'aider quelqu'un à augmenter sa capacité à être présent, on peut voir tout de suite comment il s'en sort. Là, les bénéfices commencent vraiment à s'accumuler. C'est très stimulant de sentir son esprit influencer sur l'activité de son cerveau.»

COMMENT LE TRAUMATISME ALTÈRE-T-IL LES ONDES CÉRÉBRALES ?

Dans notre laboratoire de neurofeedback, nous voyons des patients au long passé de stress traumatique qui ont vainement essayé bon nombre de traitements. Leurs EEGs montrent une kyrielle de motifs différents. On note souvent une activité intense dans leur lobe temporal droit – le centre de la peur –, associée à un excès d'ondes lentes au sein de leur lobe frontal. Cela signifie que leur cerveau émotionnel surexcité domine leur vie mentale. Nos recherches ont révélé que calmer leur centre de la peur réduit leurs problèmes liés au traumatisme et augmente leur fonctionnement exécutif. Cela se traduit, non seulement par une forte baisse de leurs scores sur l'échelle d'évaluation du SSPT, mais aussi par une meilleure clarté mentale et une capacité à être moins perturbé par des provocations mineures²¹.

D'autres patients présentent des tracés d'hyperactivité dès qu'ils ferment les yeux : ne pas voir ce qui se passe autour d'eux les porte à paniquer et leurs ondes cérébrales s'emballent. Nous les entraînons à produire celles qui prévalent dans un état d'esprit plus détendu. D'autres encore surréagissent aux sons et à la lumière, signe que leur thalamus a du mal à éliminer les informations non pertinentes. Là, nous nous employons à changer les modes de communication à l'arrière de leur cerveau.

À la différence du Trauma Center, qui recherche les meilleurs traitements pour le stress traumatique chronique, McFarlane étudie la manière dont l'exposition à la guerre change les cerveaux

auparavant normaux. À la demande du ministère de la Défense australien, il a mesuré les effets de la participation au combat sur les fonctions biologiques et mentales, notamment les ondes cérébrales. Dans la phase initiale, il a pratiqué un EEGq sur 179 soldats avant chacun de leurs départs en Irak et en Afghanistan, et un quatre mois après leur retour.

Il a ainsi trouvé des réductions progressives du pouvoir des ondes alpha dans leur cerveau postérieur selon le nombre de mois qu'ils passaient au front sur une période de trois ans. Cette aire cérébrale, qui suit l'état du corps et régule des processus élémentaires comme la faim et le sommeil, est celle qui contient généralement le plus d'ondes alpha – surtout quand on ferme les yeux. Les ondes alpha, on l'a vu, sont associées à la relaxation. La diminution de leur pouvoir chez ces soldats reflète un état d'agitation persistante. En même temps, les ondes de leur cerveau antérieur, où l'on trouve normalement un taux élevé d'ondes bêta, présentent un ralentissement graduel à chaque retour au combat. Ces hommes développent peu à peu une activité du lobe frontal proche de celle des enfants atteints d'un TDAH, ce qui gêne leur fonctionnement exécutif et leur capacité de concentration.

Le résultat global est que l'excitation censée fournir l'énergie nécessaire pour s'investir dans des tâches courantes n'aide plus les soldats à se concentrer sur celles-ci. Elle les rend agités et anxieux. À ce stade de l'étude de McFarlane, il est trop tôt pour savoir si certains d'entre eux développeront un SSPT, et seul le temps dira à quel point leur cerveau se réadaptera au rythme de la vie civile.

LE NEUROFEEDBACK ET LES DIFFICULTÉS D'APPRENTISSAGE

La négligence et la maltraitance chroniques chez l'enfant perturbent la mise en place des systèmes d'intégration sensorielle. Dans certains cas, cela crée des difficultés d'apprentissage, notamment une faible coordination œil-main et de mauvaises connexions entre

le système auditif et le traitement des données verbales. Tant que les adolescents sont explosifs ou figés, il est difficile d'apprécier leurs difficultés à déchiffrer les informations courantes, mais lorsqu'on les a aidés à surmonter leurs problèmes de comportement, leurs difficultés d'apprentissage sont souvent plus réparables. Même s'ils peuvent rester tranquilles et concentrer leur attention, beaucoup demeurent handicapés par leurs piètres facultés d'acquisition²².

Lisa m'a raconté comment le traumatisme avait nui à l'établissement de ses fonctions de traitement élémentaires. Elle m'a dit qu'elle « se perdait toujours » durant ses trajets, et souffrait d'un temps de retard auditif qui l'empêchait de suivre les consignes de ses enseignants. « Imaginez que vous êtes dans une classe, m'a-t-elle expliqué, où le professeur dit : "Ouvrez votre manuel à la page 72 et faites les cinq premiers problèmes." Si vous avez ne serait-ce qu'une fraction de seconde de retard, tout se mélange dans votre tête. Je ne pouvais pas me concentrer. »

Le neurofeedback l'a aidée à inverser ces difficultés. « J'ai appris à suivre – ce qui m'a permis de lire des cartes. Juste après être entrée en thérapie, il y a eu un jour mémorable où je suis allée d'Amherst à Northampton [moins de 15 kilomètres] pour voir Sebern. Je devais prendre le bus, mais j'ai fini par marcher le long de l'autoroute. J'étais désorganisée au point de ne pas pouvoir lire les horaires ; je n'avais pas la notion du temps. J'étais trop nerveuse et agitée, ce qui me fatiguait constamment. Je n'arrivais pas à me concentrer ni à retenir quoi que ce soit. Mon cerveau en était simplement incapable. »

Ce témoignage montre bien le défi auquel est confrontée la science du cerveau et de l'esprit : comment peut-on aider les gens à intégrer le temps et l'espace, les relations et la distance, les capacités qui sont établies dans le cerveau au cours des premières années de la vie, si un traumatisme précoce a contrarié leur développement ? Passé les périodes critiques, ni les médicaments ni la thérapie traditionnelle ne peuvent activer la neuroplasticité nécessaire pour acquérir ces facultés. Il est temps à présent de voir si le neurofeedback peut réussir là où d'autres interventions ont échoué.

L'ENTRAÎNEMENT ALPHA-THÊTA

L'entraînement alpha-thêta est une méthode de neurofeedback particulièrement fascinante, car elle peut induire l'état de semi-conscience – l'essence de la transe hypnotique – dont j'ai parlé au chapitre 15²³. Quand les ondes thêta prévalent dans le cerveau, l'esprit se concentre sur le monde intérieur, formé d'images flottantes. Les ondes alpha, elles, peuvent servir de passerelle entre le monde extérieur et le subconscient, et réciproquement. Dans l'entraînement alpha-thêta, ces fréquences sont renforcées alternativement.

Une des grandes difficultés des traumatisés est d'arriver à ouvrir leur esprit à de nouvelles possibilités, pour ne plus interpréter le présent comme une reviviscence permanente du passé. Les états de transe, où domine l'activité thêta, peuvent aider à détendre les liens conditionnés entre des stimuli et des réponses figées – comme les crépitements évoquant des coups de feu, signes de mort. On peut alors forger une nouvelle association, où le même bruit finit par suggérer un feu d'artifice sur la plage avec des êtres chers.

Dans les états crépusculaires favorisés par l'entraînement alpha-thêta, il est possible de revivre sans risque des événements traumatiques et d'introduire de nouvelles associations. Certains patients voient des images originales et/ou ont des intuitions profondes sur leur vie. D'autres deviennent simplement moins rigides et plus détendus. N'importe quel état où l'on peut évoquer sans danger des sensations et des émotions liées à la peur et à l'impuissance est susceptible de créer un nouveau potentiel et une perspective plus large.

Les ondes alpha-thêta peuvent-elles inverser des comportements d'hyperexcitation? Les éléments recueillis jusqu'à présent sont prometteurs. À Fort Lyon, dans le Colorado, les chercheurs Eugene Peniston et Paul Kulkosky ont utilisé le neurofeedback pour traiter des vétérans du Vietnam qui souffraient d'un SSPT depuis douze à quinze ans. Quinze d'entre eux ont été affectés au hasard

à l'entraînement alpha-thêta, et les quatorze autres rattachés à un groupe témoin soigné par des méthodes classiques, dont la prise de psychotropes et une thérapie individuelle et collective. Les membres des deux groupes avaient été hospitalisés cinq fois, en moyenne, pour leur SSPT. Le neurofeedback a favorisé des états crépusculaires d'apprentissage, en renforçant les ondes alpha et thêta : allongés, les yeux fermés, dans un fauteuil inclinable, des vétérans ont été entraînés à laisser des sons neutres les relaxer profondément. On les a également incités à s'appuyer sur des images mentales positives (par exemple, être sobres, mener une vie heureuse et confiante) pendant qu'ils plongeaient dans l'état alpha-thêta proche de la transe.

Cette étude, parue en 1991, a donné l'un des meilleurs résultats jamais obtenus pour le SSPT. Dans le groupe soigné par neurofeedback, les symptômes de stress post-traumatique ont nettement diminué, ainsi que les maladies somatiques, la dépression, l'anxiété et la paranoïa. Après le traitement, les vétérans et leur famille ont été contactés mensuellement pendant trente mois. Seul un des vétérans traités par neurofeedback a dû retourner à l'hôpital. Trois ont rapporté des flash-back et des cauchemars perturbants – et choisi, sans exception, de suivre dix séances de rappel. Tous – sauf un – prenaient beaucoup moins de médicaments.

En revanche, pendant la période de suivi, chaque vétéran du groupe témoin a vu ses symptômes de SSPT s'aggraver, et tous ont dû subir au moins deux hospitalisations supplémentaires. Dix d'entre eux ont aussi augmenté leur consommation de médicaments²⁴. Cette étude a été reproduite par d'autres chercheurs mais, curieusement, elle a eu peu de retentissement en dehors du milieu du neurofeedback²⁵.

NEUROFEEDBACK, SSPT ET ADDICTION

Environ 30 à 50 % des gens gravement traumatisés développent des problèmes de toxicomanie²⁶. Homère décrivait déjà des soldats noyant leur douleur et leur dépression dans la boisson. Une étude

récente a montré que la moitié des victimes d'accident de la route versait dans la drogue ou l'alcool; et comme l'alcoolisme rend plus imprudent, il élève les risques d'un nouveau traumatisme (mais être soûl quand on est agressé réduit la probabilité de souffrir d'un SSPT).

Le traumatisme et la toxicomanie sont liés par un cercle vicieux : alors que l'alcool et la drogue peuvent calmer provisoirement les symptômes de SSPT, le manque de ces substances augmente l'hyperexcitation – ce qui redouble les cauchemars, les flash-back et l'irritabilité. Il n'existe que deux moyens d'arrêter cette spirale infernale : résoudre les symptômes du SSPT par des méthodes de type EMDR, ou traiter l'hyperexcitation présente dans le traumatisme et le manque. Les médicaments comme le naltrexone peuvent aider à réduire l'hyperexcitation, mais ils ne conviennent pas dans tous les cas.

Une des premières femmes que j'ai soignées par neurofeedback était cocaïnomane depuis des années, après avoir atrocement souffert d'abandon et de sévices sexuels infantiles. À ma grande surprise, son accoutumance s'est dissipée en deux séances, et une visite de contrôle, cinq ans plus tard, a confirmé le sevrage. N'ayant jamais vu personne se remettre aussi vite d'une grave toxicomanie, j'ai cherché des réponses dans les études sur le traitement de l'addiction par neurofeedback²⁷. La plupart avaient été réalisées il y a plus de vingt ans; ces dernières années, très peu de travaux ont été publiés sur la question, du moins aux États-Unis.

75 à 80 % des patients qui suivent une cure de désintoxication pour une dépendance à l'alcool ou à la drogue rechutent. Une étude de Peniston et Kulkosky, sur les effets du neurofeedback chez les vétérans souffrant d'alcoolisme et de SSPT²⁸, s'est penchée sur le problème : parmi les membres du panel, quinze hommes ont suivi un entraînement alpha-thêta et un groupe témoin a reçu un traitement classique. Tous les sujets ont été suivis régulièrement pendant trois ans. Au cours de cette période, huit membres du groupe traité par neurofeedback ont complètement cessé de boire et un autre, qui

a cédé une fois et s'est rendu malade, n'a plus recommencé. La plupart se sont révélés nettement moins déprimés. D'après Peniston, ils étaient « plus chaleureux, plus stables sur le plan émotionnel, plus sociables, plus détendus et plus satisfaits²⁹ ». En revanche, tous les vétérans soignés par des méthodes conventionnelles ont été réadmis à l'hôpital moins de dix mois plus tard³⁰. Depuis, d'autres études sur le traitement des addictions par neurofeedback ont été publiées³¹, mais elles sont loin d'être suffisantes pour pouvoir établir le potentiel et les limites de cette méthode importante.

L'AVENIR DU NEUROFEEDBACK

Ces dernières années, mon laboratoire a étudié les effets du neurofeedback sur des adultes et des enfants traumatisés. Nos résultats confirment la grande capacité de cette technique à améliorer substantiellement la vie des patients. En seulement vingt séances, les symptômes de SSPT d'un groupe de traumatisés chroniques, qui n'avaient pas sensiblement réagi à la psychothérapie ni aux médicaments, ont diminué de 40 %. Le plus curieux était l'effet marqué du neurofeedback sur le fonctionnement exécutif – l'aptitude à planifier des activités, à prévoir les conséquences de ses actes, à passer facilement d'une tâche à l'autre et à se sentir maître de ses émotions³² : environ 60 % d'augmentation. À ma connaissance, aucun autre traitement n'avait autant amélioré ces processus cognitifs, qui permettent de prévoir comment une personne fonctionnera sur le plan relationnel, scolaire et professionnel.

Dans mon cabinet, je fais surtout appel au neurofeedback pour réduire les problèmes d'hyperexcitation, de confusion et de concentration liés au traumatisme développemental. Toutefois, cette méthode a aussi donné de bons résultats dans beaucoup d'affections qui dépassent le sujet de ce livre. Par exemple, elle peut calmer les céphalées de tension, améliorer le fonctionnement cognitif après une lésion cérébrale traumatique, diminuer les crises d'angoisse et de panique, approfondir les états de méditation, traiter l'autisme,

augmenter le contrôle de l'épilepsie, favoriser l'autorégulation dans les troubles de l'humeur, etc. À partir de 2013, le neurofeedback a été employé dans dix-sept hôpitaux militaires pour soigner le SSPT³³, et la documentation sur son efficacité chez les soldats fraîchement démobilisés commence juste à être évaluée. Frank Duffy, le directeur des laboratoires de neurophysiologie clinique et développementale à l'hôpital pour enfants de Boston, a déclaré : « La littérature scientifique, qui ne compte aucune étude négative, suggère que le neurofeedback joue un rôle thérapeutique majeur dans de nombreux domaines. J'estime qu'un traitement ayant témoigné d'un spectre d'efficacité aussi vaste doit être universellement reconnu et largement utilisé³⁴. »

Beaucoup de questions sur les protocoles de traitement par neurofeedback restent encore sans réponse, mais le regard de la science change peu à peu dans un sens qui invite à les creuser davantage. En 2010, dans un article de *Scientific American*, Thomas Insel, le directeur de l'Institut national de la santé mentale, a appelé à revenir à une compréhension de l'esprit et du cerveau fondée sur les rythmes et les modes de communication électrique : « Les aires cérébrales qui agissent conjointement pour effectuer des opérations mentales normales (et anormales) peuvent être considérées comme analogues à des circuits électriques – les toutes dernières recherches montrent que de nombreux troubles mentaux peuvent être sous-tendus par le dysfonctionnement de circuits entiers³⁵. » Trois ans plus tard, Insel a annoncé que son institut « réorientait sa recherche, en s'éloignant des catégories du *DSM*³⁶ » pour se concentrer désormais sur les « troubles du connectome humain³⁷ ».

Comme l'a expliqué Francis Collins, le directeur des Instituts nationaux de la santé (dont celui d'Insel fait partie), « le connectome est le réseau de neurones extrêmement interconnectés présents dans le cerveau. De même que l'exploration du génome, du microbiome et de tous les autres passionnants domaines en "ome", cartographier le connectome et déchiffrer les signaux électriques qui le traversent pour générer les pensées, les sentiments et les

comportements a été rendu possible par le développement de nouvelles techniques hautement performantes³⁸». Le connectome est maintenant cartographié en détail sous les auspices de l'Institut national de la santé mentale.

En attendant les résultats de cette recherche, j'aimerais donner le dernier mot à Lisa, la jeune femme qui m'a fait découvrir l'énorme potentiel du neurofeedback. Quand je lui ai demandé de résumer ce que son traitement lui avait apporté, elle m'a répondu : « Il m'a calmée. Il a mis fin à ma dissociation. Je peux maintenant utiliser mes sentiments. Je ne les fuis pas, je n'en suis pas prisonnière. Je ne peux pas les endormir ni les réveiller, mais je sais les mettre de côté. Les violences que j'ai subies me rendent parfois très triste, mais je peux en faire abstraction. Par exemple, je peux téléphoner à une amie sans lui en parler. Aujourd'hui, les émotions ont un sens. Je ne suis pas toujours angoissée et, quand cela m'arrive, je peux y réfléchir. Si cette angoisse vient de mon passé, je peux m'en rendre compte et voir en quoi elle est liée à ma vie actuelle. Je ne parle pas seulement des émotions négatives, comme la colère et l'angoisse – je peux réfléchir à l'amour, à l'intimité ou à l'attraction sexuelle. Je ne suis pas toujours en mode lutte-ou-fuite – ni hypertendue. Sur le plan physique, je ne suis pas constamment sur le qui-vive. Grâce au neurofeedback, j'ai pu avoir une relation amoureuse. Cela m'a libérée en me permettant de mener ma vie comme je veux, parce que je ne suis plus toujours esclave du mal qu'on m'a fait ni de ses conséquences. »

Quatre ans après avoir rencontré Lisa, je l'ai revue pour enregistrer nos échanges. Elle a brillamment achevé ses études d'infirmière et occupe aujourd'hui un poste à plein temps dans un hôpital proche de chez elle.

TROUVER SA VOIX : LES RYTHMES COLLECTIFS ET LE THÉÂTRE

« Faire du théâtre, ce n'est pas entrer dans la peau d'un personnage, mais le découvrir en soi : on est ce personnage, on a juste à le trouver au fond de soi – mais c'est une forme très étendue de soi-même. »

Tina Packer*

Beaucoup de scientifiques de ma connaissance ont cherché de nouveaux moyens de comprendre l'esprit, le cerveau et la thérapie parce qu'ils avaient eux-mêmes un enfant perturbé. Aussi, la guérison de mon fils qui souffrait d'un mal nommé, faute d'un meilleur terme, « syndrome de fatigue chronique », m'a-t-elle convaincu des vertus thérapeutiques du théâtre.

Entre douze et quatorze ans, Nick a passé presque tout son temps au lit, bouffi par des allergies et des médicaments qui l'épuisaient et l'empêchaient d'aller en classe. Il se retranchait de plus en plus dans l'isolement et la haine de soi, et sa mère et moi étions prêts à tout pour l'aider. Quand ma femme s'est aperçue qu'il retrouvait un peu

* Née en Angleterre en 1938, Tina Packer a été professeur à la London Academy of Musical and Dramatic Arts avant de fonder, en 1978, la Shakespeare & Company à Lenox, Massachusetts, dont elle a été la directrice artistique jusqu'à sa retraite, en 2009. (N.D.T.)

d'énergie vers cinq heures de l'après-midi, nous l'avons inscrit à un cours d'improvisation théâtrale, afin qu'il ait une chance de rencontrer des jeunes de son âge. Le groupe et les exercices d'interprétation lui ont plu et, très vite, il a décroché son premier rôle : Action dans *West Side Story*, un petit dur toujours prêt à se battre. Un jour, à la maison, je l'ai surpris à rouler des mécaniques, s'entraînant à jouer les costauds. Développait-il un sentiment de plaisir physique en s'imaginant comme un type fort qui commande le respect ?

Puis il a joué Fonz, le voyou au grand cœur de la série *Happy Days*. Être l'idole des filles et tenir le public en haleine a été l'élément déclencheur de sa guérison. Contrairement aux nombreux thérapeutes qui l'avaient fait parler de son malaise, le théâtre lui a permis de se sentir physiquement et profondément différent du garçon hypersensible, bloqué par des difficultés d'apprentissage, qu'il était devenu. Être un membre estimé d'un groupe lui a donné un sentiment viscéral de pouvoir et de compétence. Je crois que cette nouvelle image incarnée de lui-même l'a transformé peu à peu en l'adulte affectueux et créatif qu'il est aujourd'hui.

Le sentiment d'être autonome, de pouvoir gouverner sa vie, est défini par le rapport à son corps et à ses rythmes : la qualité d'éveil et de sommeil, la façon dont on mange, s'assoit et marche dessinent le contour de nos journées. Pour trouver sa voix, on doit être en prise avec son corps, capable de respirer pleinement et d'accéder à ses sensations. C'est le contraire de la dissociation, de l'expérience extracorporelle et de la dépression, de l'avachissement devant un écran offrant une distraction passive. Quand on joue la comédie, on se sert de son corps pour prendre sa place dans la vie.

LE THÉÂTRE DE LA GUERRE

La transformation de Nick n'était pas le premier bénéfice du théâtre que j'avais constaté. En 1988, alors que je soignais trois vétérans traumatisés, ils se sont soudain montrés plus vivants, plus optimistes et plus à l'aise dans leurs relations familiales. J'ai attribué

cela à mes talents thérapeutiques plus affûtés... jusqu'à ce que je découvre qu'ils jouaient dans une pièce de théâtre.

Désirant porter à la scène le sort des vétérans sans abri, ils avaient convaincu le dramaturge David Mamet de les rencontrer une fois par semaine, afin d'élaborer un texte sur leurs expériences. Mamet a ensuite invité Al Pacino, Donald Sutherland et Michael Fox à venir à Boston, pour donner une représentation intitulée *Croquis de guerre*. Grâce aux fonds récoltés lors de cette soirée, la clinique des anciens combattants où j'avais connu ces patients a été convertie en refuge pour vétérans SDF¹. Jouer sur scène avec des acteurs professionnels, parler de leurs souvenirs de guerre et lire des poèmes les a transformés comme aucune thérapie n'aurait pu le faire.

Depuis la nuit des temps, les hommes ont utilisé des rites collectifs pour faire face à leurs sentiments les plus puissants et les plus terrifiants. Le théâtre de la Grèce antique, le plus ancien dont nous ayons des traces écrites, est apparemment issu de rites religieux comme la danse, le chant et la reconstitution des mythes. Dès le ve siècle avant Jésus-Christ, le théâtre a joué un rôle central dans la vie civile. Les gradins, placés en fer à cheval autour de la scène, permettaient à chaque spectateur de voir les émotions et les réactions des autres.

Il se peut que la tragédie grecque ait servi de rite de réintégration aux anciens combattants. À l'époque où Eschyle a écrit *L'Orestie*, Athènes était en guerre sur plusieurs fronts. Le cycle de la tragédie est déclenché lorsque le roi Agamemnon est assassiné par son épouse, Clytemnestre, pour avoir sacrifié leur fille Iphigénie avant de faire voile vers Troie. Le service militaire étant obligatoire pour tout citoyen adulte d'Athènes, le public était sans doute composé d'anciens combattants et de soldats en permission ; les acteurs eux-mêmes devaient être des citoyens-soldats.

Ajax, de Sophocle, s'achève, de son côté, par le suicide d'un des plus grands héros de la guerre de Troie. Sophocle avait été général pendant les guerres contre les Perses, et cette pièce peut se lire comme une description typique du stress traumatique. En 2008, l'écrivain et

metteur en scène Bryan Doerries en a donné une lecture devant cinq cents marines de San Diego, et l'accueil qui lui a été réservé l'a sidéré. (Comme beaucoup de professionnels du traumatisme, Doerries s'inspirait de son histoire personnelle : il avait étudié les lettres classiques et puisé un réconfort dans les textes grecs après avoir perdu son amie, morte de la mucoviscidose.) Sa compagnie, Le Théâtre de la Guerre, est née de ce premier spectacle. Avec l'aide du département de la Défense, *Ajax* a été jouée plus de deux cents fois, pour donner voix au sort tragique des vétérans et inciter leurs proches à la compréhension et au dialogue².

Les représentations du Théâtre de la Guerre sont suivies d'un débat. J'ai assisté à une lecture d'*Ajax* à Cambridge, Massachusetts, alors que les médias venaient d'annoncer une hausse de 17 %, en trois ans, du taux de suicide des anciens combattants. Une quarantaine de spectateurs – des vétérans du Vietnam, des épouses de militaires, des hommes fraîchement démobilisés et des femmes qui avaient servi en Irak et en Afghanistan – se sont succédé au micro. Beaucoup ont cité des répliques de la pièce en parlant de leurs insomnies, de leur dépendance à la drogue et du fait qu'ils se sentaient éloignés de leur famille. L'atmosphère était électrique et, ensuite, les spectateurs ont formé des petits groupes dans le foyer. Certains s'embrassaient en pleurant, d'autres s'embarquaient dans de grandes discussions.

Comme l'a dit plus tard Doerries : « Tous ceux qui ont été en contact avec la douleur extrême, la souffrance et la mort n'ont aucun mal à comprendre la tragédie grecque. C'est un témoignage vibrant des histoires des vétérans³. »

L'UNION PAR LE RYTHME

Le mouvement collectif et la musique inscrivent notre vie dans un contexte plus large, une portée qui dépasse notre propre sort. Il existe dans le monde entier des rites religieux comprenant des gestes scandés, depuis les cinq prières quotidiennes des musulmans

à celles des juifs devant le mur des Lamentations en passant par la méditation en marche des bouddhistes et la liturgie de la messe catholique.

La musique a été un des piliers du Mouvement des droits civiques aux États-Unis. Tous ceux qui ont connu cette période n'oublieront jamais les manifestants qui marchaient résolument vers les policiers massés pour les arrêter en chantant « We Shall Overcome ». La musique unit les gens qui peuvent être individuellement terrifiés mais qui, ensemble, deviennent de grands défenseurs de leur cause et de celle des autres. De même que la parole, la danse, le chant et le pas cadencé sont des moyens purement humains d'imprimer un sentiment de courage et d'espoir.

J'ai observé la force des rythmes communautaires en Afrique du Sud en 1996, quand l'archevêque Desmond Tutu dirigeait les audiences publiques de la commission Vérité et réconciliation. Les séances étaient encadrées par des chants et des danses collectifs. Des témoins racontaient les atrocités innombrables qu'ils avaient subies avec leur famille, et lorsqu'ils n'en pouvaient plus, Desmond Tutu les interrompait pour conduire les prières, les chants et les danses du public, jusqu'à ce qu'ils arrivent à se ressaisir. Cela leur permettait d'avoir un mouvement pendulaire entre l'évocation de l'horreur et sa suspension, et de trouver les mots pour dire leur calvaire. À mes yeux, c'est grâce à Desmond Tutu et aux autres membres de la commission qu'a été évité le phénomène courant de l'orgie de vengeance, quand les victimes sont enfin libérées.

Il y a quelques années, j'ai découvert *Keeping Together in Time*⁴, un livre que le grand historien William H. McNeill a écrit vers la fin de sa carrière. Ce court essai examine le rôle historique de la danse et de la marche militaire dans la création de ce que McNeill appelle un « attachement musclé », en jetant une nouvelle lumière sur l'importance du théâtre, du mouvement et des rythmes collectifs. Pour moi, ce livre a aussi résolu une énigme de longue date. Élevé aux Pays-Bas, je m'étais toujours demandé comment un simple groupe de pêcheurs et de paysans était parvenu à s'affranchir

du puissant empire espagnol. La guerre de Quatre-Vingts Ans, qui a duré de la fin du ^{xvi}e siècle au milieu du siècle suivant, a commencé comme une guérilla et semblait destinée à en rester à ce stade, car les soldats mal payés et indisciplinés fuyaient régulièrement sous le feu des mousquets.

Tout a changé quand le prince Maurice d'Orange-Nassau est devenu le chef de la rébellion. Âgé d'une vingtaine d'années, ce jeune latiniste avait appris, dans des traités de tactique militaire de la Rome antique, que le général Lycurgue avait introduit le pas cadencé dans les légions romaines et que Plutarque avait attribué leur invincibilité à cette pratique : « C'était à la fois majestueux et effrayant de les voir s'avancer en cadence au son de la flûte, sans disloquer les rangs de la phalange, sans éprouver de trouble dans le cœur, et marcher au danger tranquillement et joyeusement en suivant la musique⁵. »

Maurice d'Orange-Nassau a instauré la marche en rangs serrés dans son armée disparate, au rythme des tambours, des flûtes et des trompettes – ce qui a donné à ses hommes une motivation et un esprit de corps et, de plus, leur a permis d'exécuter des manœuvres complexes. Le pas cadencé s'est ensuite répandu dans toute l'Europe et, aujourd'hui encore, l'armée américaine subventionne généreusement ses fanfares, même si les fifres et les tambours n'accompagnent plus les soldats au front.

Jaak Panksepp, un neuroscientifique né en Estonie, m'a raconté l'histoire remarquable de la « Révolution chantante » qui a libéré ce pays. En juin 1987, au festival de Tallinn, plus de 10 000 spectateurs ont entonné, main dans la main, des chants patriotiques qui étaient interdits depuis un demi-siècle par l'occupant soviétique. Ces chœurs et ces manifestations ont continué et, le 11 septembre 1988, 300 000 personnes, soit le quart de la population estonienne, se sont rassemblées pour chanter et demander publiquement leur indépendance. Dès le mois d'août 1991, le Congrès d'Estonie a proclamé la restauration de l'État autonome et, quand les tanks soviétiques ont voulu intervenir, les manifestants ont servi de boucliers humains

pour protéger les chaînes de radio et de télévision de Tallinn. Comme l'a écrit un journaliste du *New York Times* : « Pensez à la scène de *Casablanca* où les Français chantent "La Marseillaise" pour défier les Allemands, multipliez son pouvoir par milliers, et vous pouvez tout juste commencer à imaginer la force de la Révolution chantante⁶. »

TRAITER LE TRAUMATISME PAR LE THÉÂTRE

Il existe étonnamment peu de recherches sur la manière dont les cérémonies collectives affectent le cerveau et l'esprit, et sur leur aptitude à soulager ou à prévenir le traumatisme. Toutefois, ces dix dernières années, j'ai eu l'occasion d'étudier trois démarches théâtrales à vocation thérapeutique : celle d'Urban Improv à Boston⁷, et le cours Trauma Drama qu'elle a inspiré dans les écoles publiques de la ville et nos centres de soins⁸; le Possibility Project, dirigé par Paul Griffin à New York⁹; et une initiative pour les jeunes délinquants, Shakespeare in the Courts, créée par la Shakespeare & Company¹⁰. Je me concentrerai sur ces trois approches dans ce chapitre, mais beaucoup de cours de théâtre thérapeutiques se sont ouverts aux États-Unis et dans d'autres pays, faisant de l'art dramatique une forme de traitement largement accessible.

Malgré leurs différences, toutes ces méthodes reposent sur le même principe : une confrontation avec les réalités douloureuses de la vie et une transformation symbolique par l'action collective. L'amour et la haine, l'agression et l'abdication, la loyauté et la trahison sont au cœur du théâtre et du traumatisme – et pourtant, notre culture nous pousse à nous couper de la vérité de nos sentiments. « Dans la formation de l'acteur, on apprend à contrarier cette tendance », dit Tina Packer, la fondatrice de Shakespeare & Company. « Un acteur doit, non seulement éprouver profondément ses sentiments, mais les transmettre à tout moment au public pour qu'il les comprenne. »

Les traumatisés sont terrifiés par leurs émotions. Ils craignent de les ressentir, car elles peuvent les conduire à une perte de contrôle. À l'inverse, le théâtre porte à incarner les passions, à leur donner voix et à entrer dans la peau de plusieurs personnages.

Se sentir maudit et coupé des autres est, on l'a vu, l'essence même du traumatisme. Le théâtre permet une confrontation collective aux réalités de la condition humaine. Comme l'a dit Paul Griffin, en parlant de son cours pour les enfants placés : « La tragédie tourne autour de la manière dont on tient face à la trahison, à l'agression et à la destruction. Ces gosses n'ont aucun mal à comprendre *Le Roi Lear*, *Othello* ou *Hamlet*. » Pour citer à nouveau Tina Packer : « Le but, c'est d'utiliser tout son corps et de faire vibrer d'autres corps au rythme de ses sentiments, de ses émotions et de ses pensées. » Le théâtre donne aux traumatisés une occasion de communiquer en éprouvant intensément leur condition humaine.

Les victimes de traumatisme redoutent le conflit. Elles craignent de partir en vrille et de retomber dans la nasse des perdants. Le conflit est l'âme même du théâtre, qui traite des conflits intérieurs, familiaux et sociaux, et de leurs conséquences. Les traumatisés s'efforcent d'oublier, de cacher à quel point ils sont furieux, effrayés ou impuissants. Au théâtre, on cherche des moyens de dire la vérité et de transmettre au public des vérités majeures. Cela oblige à lutter contre ses blocages pour découvrir sa vérité, à explorer son intériorité afin de l'exposer sur scène par sa voix et son corps.

OSER PRENDRE DES RISQUES

Ces cours de théâtre ne sont pas destinés aux acteurs en herbe, mais à des adolescents timides, sur les nerfs et agités, ou à des vétérans alcooliques, renfermés et brisés. Quand ils viennent aux répétitions, ils se tassent sur leur chaise, de peur que les autres voient d'emblée qu'ils sont des ratés. Les adolescents traumatisés sont totalement noués : inhibés, frondeurs et sans but, ils manquent de coordination et ont du mal à s'exprimer. Ils sont trop surexcités pour

remarquer ce qui se passe autour d'eux. Ils s'énervent facilement et se défoulent physiquement plutôt que verbalement.

Tous les metteurs en scène avec lesquels j'ai travaillé conviennent qu'il faut procéder lentement, en les poussant à s'engager peu à peu. La première difficulté est simplement de les amener à être plus présents. Kevin Coleman, le metteur en scène de *Shakespeare in the Courts*, m'a décrit son travail avec les adolescents : « D'abord, on leur demande de se lever et de marcher autour de la salle. Puis on commence à créer un équilibre dans l'espace, pour qu'ils n'errent pas au hasard, mais prennent conscience des autres. Graduellement, avec quelques indications, ça devient plus complexe : "Marchez juste sur la pointe des pieds, sur les talons, ou en arrière. Ensuite, quand vous vous heurtez à quelqu'un, criez et tombez." Au bout d'une trentaine de consignes, ils agitent les bras et échauffent tout leur corps, mais c'est progressif. Si on fait un trop grand pas, ils n'arrivent pas à suivre.

« Il faut les exercer à remarquer tranquillement les autres. Quand leur corps est un peu plus libre, je demande : "Ne regardez personne en face – fixez juste le sol." Là, presque tous se disent : "Génial, je le fais déjà." Mais j'ajoute alors : "Commencez à observer les gens en passant devant eux, mais arrangez-vous pour qu'ils ne le voient pas", puis : "Regardez un instant quelqu'un en face" et : "Maintenant, ne le regardez pas dans les yeux... Maintenant, fixez-le... et détournez la tête. Ensuite, regardez-le en face et soutenez son regard... trop longtemps. Vous saurez quand ce sera trop long parce que vous aurez envie, soit de sortir avec lui, soit de lui faire sa fête. C'est cela, trop longtemps."

« Dans la vie, ils ne maintiennent jamais un tel contact visuel, pas même en s'adressant à une autre personne. Ils ignorent si celle-ci est dangereuse ou non. Cet exercice tend à les rassurer pour qu'ils ne disparaissent pas lorsqu'ils le font ou que des gens les dévisagent. Peu à peu, peu à peu... »

Les adolescents traumatisés sont mal synchronisés. Au cours de théâtre du Trauma Center, nous utilisons des exercices en miroir

pour les aider à s'accorder. Ils lèvent un bras, et leur partenaire les imite; ils pivotent sur eux-mêmes, l'autre tournoie en réponse. Ils apprennent ainsi à observer les changements de posture, la manière dont leurs gestes naturels diffèrent de ceux des autres, tout comme leur réaction à un mouvement bizarre. Imiter les aide à moins se préoccuper du jugement des autres et à s'adapter viscéralement, pas cognitivement, à l'expérience des gens autour d'eux. Lorsque ces exercices s'achèvent par des rires, c'est un signe qu'ils se sentent en sécurité.

Pour devenir de vrais partenaires, ils doivent aussi apprendre à se faire confiance mutuellement. L'exercice qui consiste à marcher les yeux bandés pendant qu'un autre les conduit par la main est particulièrement difficile pour ces gamins. Souvent, ils trouvent aussi terrifiant d'être guides, de voir une personne vulnérable se fier à eux, que d'être dirigés avec un bandeau sur les yeux. Au début, ils tiennent peut-être dix à vingt secondes, puis nous les entraînon à aller jusqu'à cinq minutes. Après, certains doivent s'isoler un moment, parce que c'est trop perturbant émotionnellement.

Les enfants traumatisés et les vétérans avec qui nous travaillons ont peur de se montrer, craignent d'aborder leurs sentiments et gardent leurs distances. La tâche du metteur en scène, comme du thérapeute, est de leur donner le temps de nouer un rapport avec eux-mêmes, avec leur corps. Le théâtre offre un moyen exceptionnel d'accéder à toute une gamme d'émotions et de sensations qui, non seulement les mettent en contact avec le « décor » habituel de leur corps, mais les amènent aussi à explorer d'autres moyens de s'engager dans la vie.

L'EXPÉRIENCE D'URBAN IMPROV

Mon fils adorait son groupe de théâtre, qui était dirigé par Urban Improv (UI), une institution artistique de Boston. Il y est resté jusqu'à la fin du lycée et, après sa première année d'université, il y est retourné pour un stage d'été. Il a appris alors qu'Urban Improv,

qui animait depuis 1992 des ateliers de prévention de la violence en milieu scolaire, avait reçu une subvention pour évaluer leur efficacité et cherchait quelqu'un pour diriger cette étude. Nick a suggéré aux deux directrices, Kippy Dewey et Cissa Campion, que son père serait l'homme idéal. Par chance pour moi, elles ont accepté.

C'est ainsi que j'ai visité de nombreuses écoles avec cette troupe multiculturelle, qui comprenait un metteur en scène, quatre acteurs-éducateurs et un musicien. Urban Improv élabore des sketches satiriques, qui décrivent le genre de problèmes auxquels les élèves sont confrontés : exclusion des groupes de copains, rivalité, conflits familiaux, colère et jalousie. Des sketches pour les élèves plus âgés abordent aussi les relations amoureuses, les maladies sexuellement transmissibles, l'homophobie et la violence intrascolaire. Dans une présentation typique, les acteurs peuvent incarner un groupe d'enfants qui excluent un nouveau d'une table de cantine. Quand la scène approche d'un moment où un choix s'impose – par exemple, le bizut réagit à leurs insultes –, le metteur en scène bloque l'action. Puis il invite un élève à remplacer l'un des acteurs, pour montrer comment il se sentirait et réagirait dans une telle situation. Ces canevas permettent aux enfants d'observer des problèmes courants avec une certaine distance émotionnelle tout en expérimentant des solutions diverses. Vont-ils se confronter aux persécuteurs, parler à un ami, appeler le professeur principal, dire à leurs parents ce qui s'est produit ?

Un deuxième volontaire est ensuite invité à essayer une approche différente, pour que les élèves voient ce que d'autres choix peuvent donner. Des accessoires, des costumes, le soutien des acteurs et l'ambiance ludique aident les participants à prendre des risques dans leurs nouveaux rôles. Durant les débats qui suivent ces improvisations, les élèves répondent à des questions comme : « En quoi cette scène était-elle proche ou différente de ce qui se passe dans votre école ? », « Comment arrivez-vous à vous faire respecter ? » et « Comment réglez-vous vos conflits ? » Ces débats deviennent des échanges très vivants, lors desquels les élèves donnent leurs idées spontanément.

Notre équipe du Trauma Center a étudié cette initiative en CM1 et en 4^e, dans dix-sept établissements scolaires. Les classes qui ont pris part à l'atelier ont été comparées à des classes témoins. La réaction des CM1 s'est révélée nettement positive. Sur des échelles d'évaluation de l'agressivité, de la coopération et de la maîtrise de soi, nous avons trouvé une nette diminution des crises de colère et des bagarres, une augmentation de la coopération et de l'assurance avec les camarades, et une amélioration de la participation et de l'attention en classe¹¹.

À notre grande surprise, nous n'avons pas retrouvé les mêmes résultats chez les élèves de 4^e. Qu'est-ce qui, en l'espace de quatre ans, avait affecté leurs réactions ? Au début, nous n'avons pu nous appuyer que sur nos impressions. Quand j'avais visité les classes de CM1, j'avais été frappé par l'innocence des enfants et leur empressement à participer. Les élèves de 4^e, au contraire, étaient souvent maussades et sur la défensive – et ils semblaient avoir perdu, en groupe, leur spontanéité et leur enthousiasme. Le début de la puberté était un facteur de changement évident, mais y en avait-il d'autres ?

En creusant un peu, nous avons découvert que ces adolescents avaient subi deux fois plus de traumatismes que leurs cadets : chacun des élèves de 4^e de ces quartiers défavorisés typiques de l'Amérique avait assisté à des violences graves. Les deux tiers avaient été témoins d'au moins cinq agressions, dont des attaques à l'arme blanche, des échanges de tirs, des meurtres et des violences familiales. Nos données ont montré que les élèves de 4^e exposés à de telles brutalités étaient nettement plus agressifs que les autres et que le cours de prévention d'Urban Improv ne changeait pas sensiblement leur comportement.

Nous avons voulu voir si nous pouvions inverser cette situation en créant un atelier plus intensif, centré sur des exercices d'auto-régulation et la construction d'une équipe, et reposant sur des scénarios traitant directement des types de violence que rencontraient ces enfants. Pendant plusieurs mois, des psychologues du Trauma

Center, dirigés par Joseph Spinazzola, ont rencontré chaque semaine des comédiens d'Urban Improv pour travailler à l'écriture de ces scénarios. Les acteurs leur ont enseigné des techniques d'improvisation, d'expression corporelle et d'imitation pour qu'ils puissent interpréter de façon crédible la confrontation, l'effondrement ou la peur. De notre côté, nous avons appris aux acteurs ce qui pouvait réveiller le traumatisme et comment reconnaître et affronter ses reviviscences¹².

Au cours de l'hiver 2004 et du printemps suivant, nous avons testé cet atelier dans un externat spécialisé, dirigé conjointement par les écoles publiques de Boston et les services de l'éducation surveillée du Massachusetts. C'était un milieu chaotique, où les élèves faisaient souvent la navette entre l'école et la prison. Tous venaient de quartiers à forte criminalité et avaient été exposés à une violence terrible. Je n'avais jamais vu des jeunes aussi agressifs. Là, nous avons eu un aperçu de la vie des professeurs de collège qui chaque jour ont affaire à des élèves qui réagissent systématiquement aux nouveaux défis en ripostant ou en s'enfermant dans un silence provocant.

Nous avons été choqués de découvrir que, dans les scènes où quelqu'un subissait une menace physique, les élèves prenaient toujours le parti des agresseurs. Comme ils ne pouvaient supporter de montrer un signe de faiblesse, ils ne pouvaient pas l'accepter chez les autres. Ils ne montraient que du mépris pour les victimes, en criant par exemple : « Tue cette garce, elle le mérite » pendant un sketch sur la violence dans les relations amoureuses.

Au début, certains acteurs ont été tentés d'abandonner – c'était simplement trop pénible de voir la méchanceté de ces gamins –, mais ils ont tenu bon et j'ai été surpris de voir comment ils les ont amenés peu à peu à essayer, malgré eux, leurs nouveaux rôles. Vers la fin du cours, quelques gosses se sont même proposés pour incarner des personnes aux dehors vulnérables et craintifs. Avant notre départ, plusieurs ont donné timidement des dessins aux acteurs pour leur exprimer leur reconnaissance. J'ai senti quelques larmes, peut-être même dans mes yeux.

Notre tentative d'intégrer cet atelier dans les cursus des classes de 4^e des écoles publiques de Boston s'est, malheureusement, heurtée à un mur de résistance bureaucratique. Toutefois, il reste partie intégrante des traitements institutionnels du Justice Resource Institute*, tandis que la musique, le théâtre, l'art et le sport – qui ont toujours favorisé la camaraderie et la compétence – continuent à disparaître des écoles américaines.

LE POSSIBILITY PROJECT

Dans cet « atelier des possibles », dirigé par Paul Griffin à New York, les acteurs ne travaillent pas sur des textes existants. Pendant neuf mois, ils se réunissent trois fois par semaine pour écrire leur propre comédie musicale. Au terme de cette période, ils l'interprètent devant des centaines de personnes. Depuis sa création, en 1994, le Possibility Project a acquis des traditions solides et des collaborateurs stables. Chaque équipe de production est composée de jeunes diplômés qui, aidés par des acteurs, des danseurs et des musiciens professionnels, pilotent l'écriture du texte, la scénographie, la chorégraphie et les répétitions de la nouvelle promotion. Ces diplômés de fraîche date font figure de modèles. « Quand les élèves arrivent au cours, m'a dit Paul, ils se sentent incapables ; monter un spectacle ensemble les transforme à jamais. »

En 2010, Paul Griffin a ouvert un nouveau cours pour les adolescents placés. C'est une population perturbée : cinq ans après avoir atteint l'âge adulte, 60 % sont reconnus coupables d'un délit grave, 75 % touchent une aide publique et seulement 6 % obtiennent un diplôme universitaire.

Le Trauma Center traite beaucoup d'enfants de ce type, mais Griffin m'a donné un autre regard sur leur vie : « Comprendre le placement en foyer est comme aborder un nouveau pays. Si on n'y a pas

* Organisme à but non lucratif auquel est affilié le Trauma Center, dont Bessel van der Kolk est le fondateur et le médecin directeur. (N.D.T.)

été, on ne parle pas la langue. Pour ces jeunes, la vie est complètement sens dessus dessous.» Ils doivent créer eux-mêmes l'amour et la sécurité qui semblent aller de soi pour les autres enfants. Par «la vie est sens dessus dessous», il entend que, si on traite les adolescents placés avec tendresse et générosité, ils ne savent souvent pas comment réagir. La brutalité leur est plus familière. Le cynisme, ils le comprennent.

«L'abandon, fait remarquer Griffin, engendre la méfiance, et les enfants qui ont connu le placement connaissent bien l'abandon. On ne peut pas avoir d'influence sur eux tant qu'on n'a pas gagné leur confiance.» Ces jeunes relèvent en général d'autorités multiples. Par exemple, s'ils veulent changer d'école, ils doivent soumettre leur demande à leur foyer, aux responsables scolaires, aux services de protection de l'enfance et, parfois, à un juge. Cela en fait d'habiles politiques et leur apprend à manipuler les autres.

Dans le monde de la protection de l'enfance, la «permanence» est un terme à la mode. «Un adulte affectueux, c'est tout ce qu'il leur faut!» Telle est la devise. Or, il est naturel que les adolescents se détachent des adultes. Pour eux, la meilleure forme de permanence est un groupe d'amis stable, note Griffin, et c'est ce que son cours cherche à leur offrir. Un autre mot en vogue dans les services de protection de l'enfance est l'«indépendance», auquel Griffin préfère l'«interdépendance». «Nous sommes tous interdépendants, observe-t-il. Demander à nos jeunes de voler de leurs propres ailes en se disant autonomes est aberrant. Nous devons leur apprendre à être interdépendants, c'est-à-dire à avoir des relations avec les autres.»

Griffin a remarqué que les enfants placés sont des acteurs-nés. Quand on joue des personnages tragiques, on doit exprimer des émotions et créer une réalité venue des tripes, de la peine et de la douleur. Les adolescents placés? Ils ne connaissent que ça. La vie et la mort sont leur quotidien. Peu à peu, la collaboration les aide à compter dans la vie de leurs camarades. Le cours débute par la construction du groupe. La première répétition fixe les règles de base : responsabilité et respect. Oui aux expressions d'affection, non

aux contacts sexuels dans le groupe. Puis ils commencent à chanter et à bouger ensemble, ce qui crée une harmonie entre eux.

La deuxième phase consiste à raconter leur vie. Là, ils s'écoutent mutuellement, découvrent des expériences communes, brisent la solitude et l'isolement du traumatisme. Griffin m'a donné un film qui montre cette étape. Au début, lorsqu'on demande aux jeunes de se présenter, ils se bloquent, le regard vide, ils baissent les yeux et font tout leur possible pour se rendre invisibles.

Ensuite, quand ils commencent à parler, en découvrant une voix où leur timbre est central, ils s'attaquent à la création du spectacle. Griffin leur fait bien comprendre que le projet repose sur eux. « Si vous pouviez écrire une pièce ou une comédie musicale, quel thème choisiriez-vous ? La vengeance ? Le châtimement ? La perte ? La trahison ? C'est à vous d'écrire le show. » Tout ce qu'ils disent est précieusement noté, et certains commencent à coucher leurs propres mots sur le papier. À mesure qu'un texte se dessine, l'équipe de production intègre ces mots dans les chansons et le dialogue. Les membres du groupe apprennent que, s'ils peuvent incarner suffisamment bien leurs expériences, d'autres les écouteront. Ils s'exercent à éprouver ce qu'ils ressentent et à connaître ce qu'ils savent.

Le but change naturellement quand les répétitions démarrent. L'histoire d'aliénation et de douleur de l'enfant placé passe au second plan, et les jeunes se demandent : « Comment puis-je devenir le meilleur acteur, danseur ou chorégraphe possible ? » Être capable de réussir devient l'objectif crucial : la compétence est la meilleure défense contre le traumatisme.

Il en va, bien sûr, de même pour nous tous. Lorsqu'on est menacé dans son métier, qu'un être cher nous quitte ou meurt, s'absorber dans une tâche est le remède le plus salutaire. Or, les écoles des quartiers défavorisés et les services psychiatriques, l'oubliant souvent, veulent que les enfants se conduisent « normalement » – sans imprimer en eux les aptitudes qui leur permettraient de se sentir normaux.

Les cours de théâtre enseignent aussi l'effet et la cause. La vie d'un enfant placé est complètement imprévisible. Tout peut arriver d'un

moment à l'autre : être perturbé et s'effondrer ; voir un parent arrêté ou tué ; être transféré dans un nouveau foyer. Dans une pièce de théâtre, les jeunes voient sous leurs yeux les conséquences de leurs décisions et de leurs actes. « Si on veut leur inculquer un sentiment de contrôle, on doit leur donner un pouvoir sur leur destin au lieu d'intervenir à leur place, explique Griffin. On ne peut pas aider, "réparer" ni sauver ces jeunes. Mais on peut travailler à leurs côtés, les aider à comprendre leur vision et la réaliser avec eux. En faisant cela, on leur rend le contrôle. On guérit le traumatisme sans que, jamais, personne ne prononce le mot. »

CONDAMNÉ À SHAKESPEARE

Pour les adolescents qui participent à Shakespeare in the Courts, il n'y a pas d'improvisation, pas d'écriture de texte inspiré de leur vie. Ce sont tous de jeunes délinquants, reconnus coupables de rixes, de vol ou de vandalisme. Un tribunal du comté de Berkshire les a condamnés à six semaines d'étude intensive du jeu de l'acteur. Shakespeare est une terre inconnue pour eux. Quand ils arrivent pour la première fois – soupçonneux et furieux –, ils préféreraient aller en prison, m'a dit Kevin Coleman. À la place, ils apprendront des répliques de *Hamlet*, d'*Antoine et Cléopâtre* ou d'*Henri V*, puis ils joueront une version courte d'une pièce devant un public de parents, d'amis et de représentants de la justice.

Comme ils n'ont pas de mots pour dire les effets de leur éducation déroutante, ces adolescents extériorisent leurs émotions par la violence. Les pièces de Shakespeare regorgent de scènes d'escrime qui, comme les autres arts martiaux, leur permettent de pratiquer une agressivité contenue et des expressions de pouvoir physique. La consigne est de ne faire de mal à personne. Les gamins adorent les jeux d'épée mais, pour respecter cette règle, ils doivent négocier et se servir du langage.

Shakespeare a écrit lors d'une période de transition, où le monde passait de la transmission orale à la communication écrite – où la

plupart des gens signaient avec une croix. Ces jeunes sont confrontés à leur propre période de transition : beaucoup ont du mal à s'exprimer et certains ont de gros problèmes de lecture. S'ils lancent des mots de quatre lettres, ce n'est pas juste pour jouer les petits durs, mais parce qu'ils n'en ont pas d'autres pour dire qui ils sont ou ce qu'ils ressentent. Quand ils découvrent la richesse du langage, ils éprouvent souvent une joie viscérale.

En premier lieu, ils déchiffrent le sens de chaque ligne de Shakespeare. Une à une, le metteur en scène les leur souffle à l'oreille, et leur demande de les réciter sur l'expiration. Souvent, au début, ils arrivent à peine à prononcer une réplique. Les progrès sont lents, car chacun met du temps à interioriser les mots, et ceux-ci gagnent en profondeur et en résonance à mesure que leur voix change en les associant. L'idée est de les amener à sentir leurs réactions à ces termes – pour découvrir ainsi le personnage. Au lieu de valoriser la mémorisation, on les porte à se demander : « Qu'est-ce que ces mots signifient pour *moi* ? Quel est l'effet que j'exerce sur les autres ? Et que m'arrive-t-il quand j'entends leurs répliques¹³ ? »

Cette expérience peut changer complètement la vie des participants. J'en ai été témoin lors d'un atelier animé par la Shakespeare & Company avec des vétérans de l'État de New York. Larry, cinquante-neuf ans, un ancien du Vietnam qui avait suivi vingt-sept cures de désintoxication l'année précédente, s'était proposé pour jouer Brutus dans une scène de *Jules César*. Quand la répétition a commencé, il bredouillait et expédiait ses répliques ; il avait l'air terrifié par le regard des autres.

*Souvenez-vous de Mars, des ides de Mars !
N'est-ce pas au nom de la justice
Qu'a été sacrifié le grand César ?
Quelqu'un a-t-il été assez vil pour le poignarder
Autrement que pour la justice ?**

* Traduction adaptée d'Yves Bonnefoy. (N.D.T.)

Répéter la tirade commençant par ces lignes a paru durer des heures. Au début, Larry se tenait immobile, les épaules voûtées, reprenant les mots que lui soufflait le metteur en scène. « *Souvenez-vous* – et vous, que vous rappelez-vous ? Trop ? Ou pas assez ? *Souvenez-vous...* Que tenez-vous à oublier ? Que ressentez-vous lorsque vous l'évoquez ? » Là, la voix de Larry s'est brisée. Il a regardé par terre, le front en nage.

Après une courte pause et une gorgée d'eau, le travail a recommencé. « *La justice* – vous a-t-on rendu justice ? Avez-vous jamais perdu votre sang en son nom ? Que signifie la justice pour vous ? Et le mot "frapper" ? Avez-vous jamais frappé quelqu'un ? Vous a-t-on déjà frappé ? Qu'avez-vous alors éprouvé ? Qu'auriez-vous aimé faire ? *Poignardé* – avez-vous déjà poignardé quelqu'un ? Vous êtes-vous jamais senti poignardé dans le dos ? Vous-même, l'avez-vous fait ? » À ces mots, Larry s'est enfui de la pièce.

Le lendemain, il est revenu et l'atelier a repris : debout devant nous, il transpirait, le cœur battant, une myriade d'associations se bousculant dans son esprit tandis que – lentement – il se laissait aller à éprouver chaque mot et commençait à s'appropriier les répliques qu'il prononçait.

Peu après l'atelier, Larry a décroché son premier emploi depuis sept ans et, six mois plus tard, il l'occupait toujours. Apprendre à éprouver et à supporter les émotions profondes est essentiel pour surmonter le traumatisme.

À *Shakespeare in the Courts*, la spécificité du langage employé en répétition gagne les paroles des élèves hors de la scène. Kevin Coleman note que leur discours est émaillé de phrases comme : « Je trouve que... » « Si on confond ses émotions avec ses jugements, explique-t-il, le travail perd en précision. Quand on leur dit, "Quelle impression vous a faite cette scène ?", ils répondent aussitôt : "Elle était bonne – ou mauvaise", à savoir des jugements. On ne leur pose donc jamais cette question, parce qu'elle les porte à solliciter la partie de leur cerveau consacrée au jugement. »

Il préfère leur demander : « Avez-vous remarqué des impressions précises qui vous sont venues en jouant cette scène ? » Ils apprennent ainsi à nommer leurs expériences émotionnelles : « J'étais furieux quand il a dit ça. » « J'ai eu peur quand il m'a regardé. » S'incarner et s'imprégner du langage aide les jeunes à prendre conscience qu'ils ont beaucoup d'émotions différentes. Plus ils les remarquent, plus ils développent leur curiosité.

Quand les répétitions commencent, ces jeunes délinquants doivent apprendre à se tenir droits, à traverser une scène avec naturel et à parler de manière à être entendus partout dans la salle, ce qui en soi est très difficile. La représentation finale équivaut à se confronter à la communauté. En montant sur scène, ces jeunes éprouvent une autre sorte de vulnérabilité, de danger ou de sécurité, et découvrent à quel point ils peuvent se faire confiance. Kevin m'a raconté l'histoire d'une fille qui jouait Ophélie dans *Hamlet*. Le jour de la représentation, il l'a vue attendre en coulisse, serrant une corbeille à papier sur son ventre. Elle était si nerveuse qu'elle avait la nausée. Elle s'était échappée de toutes ses familles d'accueil et, à Shakespeare in the Courts, elle continuait à fuguer. Comme Coleman s'engage à ne renvoyer personne dans la mesure du possible, la police et les agents de surveillance l'avaient ramenée à plusieurs reprises. À un moment donné, elle avait dû s'apercevoir que son rôle était essentiel au groupe, ou peut-être sentir la valeur intrinsèque de cette expérience pour elle. Au moins ce jour-là, elle avait choisi de ne pas s'enfuir.

THÉRAPIE ET THÉÂTRE

J'ai entendu un jour Tina Packer déclarer à une salle pleine de spécialistes du traumatisme : « La thérapie et le théâtre sont l'intuition à l'œuvre. Ils sont tout le contraire de la recherche, où l'on s'efforce de sortir de son expérience personnelle, même de celle de ses patients, pour tester la validité objective des hypothèses. Ce qui fait l'efficacité de la thérapie est une résonance, profonde et subjective, et ce

sentiment puissant de vérité qui réside dans le corps. » Je continue à espérer qu'un jour, nous démentirons cette assertion en combinant la rigueur des méthodes scientifiques avec le pouvoir de l'intuition incarnée.

Edward, un des professeurs de Shakespeare & Company, m'a parlé d'une expérience qu'il avait eue dans sa jeunesse à l'atelier de formation avancée de Tina Packer. Le groupe avait passé la matinée à s'exercer à détendre les muscles de la poitrine, pour que la respiration sorte pleinement et naturellement. Là, Edward avait remarqué que, chaque fois que son souffle traversait certaines de ses côtes, il éprouvait une vague de tristesse. Le formateur lui avait demandé s'il avait été blessé à cet endroit. Il avait répondu non.

Pour le cours de Tina, dans l'après-midi, il avait préparé une tirade de *Richard II*, que le roi prononce lorsqu'il est sommé d'abdiquer. Pendant la discussion qui a suivi, il s'est rappelé que sa mère s'était cassé les côtes lorsqu'elle était enceinte de lui et qu'il avait toujours associé cet accident avec sa naissance prématurée.

« Quand j'ai raconté ça à Tina, elle a commencé à me poser des questions sur mes premiers mois. J'ai dit que je ne me rappelais pas avoir été dans une couveuse mais que, plus tard, j'avais été placé sous une tente à oxygène parce que j'avais arrêté de respirer. Je me souvenais de la voiture de mon oncle qui brûlait des feux rouges pour m'amener aux urgences. C'était comme risquer la mort subite du nourrisson à trois ans.

« Tina a continué à me poser des questions, et je lui en ai voulu de réveiller ma blessure. Puis elle a dit : "Ça t'a fait mal quand les médecins ont planté toutes ces aiguilles dans ton corps?"

« Là, je me suis mis à hurler. J'ai voulu partir, mais deux autres acteurs – des types très costauds – m'en ont empêché. Ils ont fini par m'asseoir, tremblant, sur une chaise. Alors, Tina m'a dit : "Tu es ta mère et tu vas prononcer cette tirade. Tu es ta mère et tu vas accoucher de toi. Et tu te dis que tu vas réussir. Tu ne vas pas mourir. Tu dois te persuader, convaincre ce petit nouveau-né que tu ne vas pas y passer."

« C'est devenu mon intention dans la tirade de Richard. Quand je l'ai récitée pour la première fois, je me suis dit que je voulais jouer au mieux le rôle, et non prononcer ces mots pour calmer une émotion qui montait en moi. Quand j'y suis enfin arrivé, il est devenu clair que mon bébé était Richard ; je n'étais pas prêt à renoncer à mon trône. Ça m'a donné des mégatonnes d'énergie, et la tension a quitté mon corps. Des vannes se sont ouvertes pour exprimer ce qui avait été bloqué par ce bébé qui retenait sa respiration et avait tellement peur de mourir.

« Le génie de Tina a été de me faire devenir ma mère me disant que tout irait bien. C'était presque comme si je revenais en arrière pour changer l'histoire. Avoir été rassuré à l'idée qu'un jour, je m'étais senti assez en sécurité pour exprimer ma douleur a fait d'elle une partie précieuse de ma vie.

« Ce soir-là, j'ai connu le premier orgasme que j'ai jamais eu en présence de quelqu'un. Et je sais que c'est d'avoir libéré quelque chose – cette tension dans mon corps – qui m'a permis d'être plus présent au monde. »

ÉPILOGUE

FAIRE DES CHOIX

Notre société est de plus en plus sensibilisée au traumatisme. Chaque jour ou presque, un de mes collègues publie un nouveau rapport sur la façon dont il perturbe les rouages de l'esprit, du cerveau et du corps. L'étude sur les expériences négatives de l'enfance a révélé les effets dévastateurs de la maltraitance infantile sur la santé et les aptitudes sociales, et James Heckman a reçu un prix Nobel pour avoir montré les énormes bénéfices de l'aide précoce aux enfants de familles pauvres et dysfonctionnelles : davantage de scolarité, moins de criminalité, plus d'insertion professionnelle et moins de violence familiale et sociale. Partout dans le monde, je rencontre des gens – enseignants, thérapeutes, médecins, gardiens de prison ou philanthropes – qui prennent ces données au sérieux et travaillent inlassablement à développer des interventions plus efficaces. Si vous êtes arrivé à ce point du livre, vous en faites également partie.

Les progrès des neurosciences nous ont aussi aidés à mieux comprendre comment le traumatisme altère le développement du cerveau, l'autorégulation, la capacité à rester concentré et à l'écoute des autres. Des techniques d'imagerie élaborées ont identifié les origines cérébrales du SSPT. Aujourd'hui, grâce à elles, nous pouvons voir pourquoi les traumatisés sont perturbés par des lumières ou des sons, et prompts à exploser ou à se fermer à la moindre provocation. Nous avons appris que, tout au long de la vie, les

expériences changent la structure et les fonctions du cerveau – et même, affectent les gènes que nous transmettons à nos enfants. Comprendre un grand nombre des processus qui sous-tendent le stress traumatique ouvre la voie à toute une gamme d'interventions qui peuvent activer les aires cérébrales liées à l'autorégulation, à la perception de soi et à l'attention. Nous savons non seulement traiter le traumatisme mais aussi, de plus en plus, comment le prévenir.

Et pourtant, après avoir assisté à la veillée mortuaire d'une énième jeune victime de balles perdues dans un quartier sensible de Boston, et après avoir appris les dernières restrictions budgétaires des écoles des villes défavorisées, le désespoir me gagne. Il semble que nous régressions à bien des égards. Témoin, la suppression des bons alimentaires pour les enfants dont les parents sont en prison ou au chômage; l'opposition acharnée aux soins de santé universels dans certains quartiers; le déni obtus, dans la communauté psychiatrique, du lien entre la souffrance psychique et les conditions sociales; le refus d'interdire la vente ou la détention d'armes ayant pour seul but de répandre la mort; et la tolérance à l'égard de l'incarcération de nombreux citoyens américains, ce qui gâche leur vie et les ressources de ce pays.

Les débats sur le SSPT ont toujours tendance à se concentrer sur les vétérans de fraîche date, les victimes des attentats à la bombe ou les rescapés d'accidents graves. Or, le traumatisme reste un problème de santé publique autrement plus vaste, peut-être la pire menace pour le bien-être des États-Unis. Depuis 2001, le nombre d'hommes tués dans nos frontières par un parent ou un conjoint dépasse de loin celui des pertes en Irak et en Afghanistan. Les femmes américaines courent deux fois plus de risques de souffrir de violence conjugale que d'un cancer du sein. D'après les estimations de l'Académie américaine de pédiatrie, les armes à feu tuent deux fois plus d'enfants que le cancer. Partout dans Boston, je vois des panneaux publicitaires du Jimmy Fund qui lutte contre le cancer infantile, et des appels aux dons pour la recherche sur le cancer du sein et la leucémie; mais nous sommes apparemment trop gênés

– ou trop découragés – pour mettre sur pied une vaste initiative qui aide les gens à apprendre à affronter la peur, la rage et l’effondrement : les conséquences prévisibles du traumatisme.

Quand je donne des conférences sur le traitement du traumatisme, on me demande souvent de laisser la politique de côté pour me concentrer sur les neurosciences et la thérapie. J’aimerais pouvoir dissocier le traumatisme de la politique, mais tant que nous continuerons à vivre dans le déni et à ne traiter que les effets du mal en fermant les yeux sur ses causes, notre entreprise sera vouée à l’échec. Dans le monde actuel, c’est le code postal, plus encore que le code génétique, qui dicte les chances de mener une vie saine et sereine. Le niveau de revenu, la structure familiale, le logement, la situation professionnelle et les possibilités éducatives affectent non seulement le risque de développer un stress traumatique, mais aussi l’accès à une aide efficace pour le surmonter. En Amérique, la pauvreté, le chômage, l’isolement, la facilité d’achat des armes et les logements insalubres sont tous des terrains fertiles pour le traumatisme. Le traumatisme engendre le traumatisme ; les hommes meurtris blessent d’autres hommes.

Comme je l’ai dit au chapitre 20, j’ai connu ma plus profonde expérience de guérison du traumatisme collectif à l’occasion du travail de la commission Vérité et réconciliation, en Afrique du Sud. Sa mission était fondée sur le principe directeur de l’*Ubuntu*, un terme xhosa qui signifie « partager ce qu’on a ». « Mon humanité est inextricablement liée à la vôtre », comme l’a exprimé Barack Obama. L’*Ubuntu* reconnaît que la vraie guérison est impossible sans la reconnaissance de notre humanité et de notre destinée communes.

L’homme est foncièrement une créature sociale : son cerveau est conçu pour favoriser le travail et le jeu collectifs. Le traumatisme ravage le circuit d’implication sociale et entrave la coopération, le développement et l’aptitude à être un membre productif du clan. J’ai montré, dans ce livre, que de nombreux problèmes psychiques, qui vont de l’addiction aux conduites autodestructrices, sont initialement des tentatives pour affronter des émotions rendues

insupportables par un manque de soutien et de contact humains. Or, les institutions qui ont affaire aux traumatisés contournent trop souvent le circuit d'engagement émotionnel, qui est le fondement de notre être, pour se borner à corriger des pensées « erronées », à supprimer des émotions désagréables et des conduites pénibles.

Nos patients peuvent apprendre à se contrôler et à changer, mais seulement s'ils se sentent suffisamment en sécurité pour expérimenter de nouvelles solutions. Le corps se souvient : si le traumatisme est codé dans des sensations d'estomac noué ou de cœur brisé, notre priorité consiste à aider ses victimes à sortir des états de lutte ou de fuite, à réorganiser leur perception du danger et à gérer leurs relations. Quant aux enfants, les dernières choses qu'on devrait supprimer des programmes scolaires sont les activités qui créent justement ces effets : la chorale, l'éducation physique, la récréation – tout ce qui a trait au mouvement, au jeu et à d'autres formes d'investissement joyeux.

De plus, au lieu de remédier au problème, ma profession elle-même l'aggrave. Beaucoup de psychiatres reçoivent aujourd'hui à la chaîne des patients qu'ils connaissent à peine, et leur prescrivent des médicaments pour calmer la douleur, l'anxiété ou la dépression. « Laissez-nous vous "réparer" » semble être leur message. « Contentez-vous de prendre docilement ces cachets et revenez dans trois mois – mais ne cherchez surtout pas un soulagement dans la drogue ou l'alcool. » Avec des traitements aussi expéditifs, il est impossible de développer la capacité à se diriger soi-même et l'autoguérison. Un exemple tragique de cette orientation est la prescription effrénée d'analgésiques, qui tuent chaque année plus de gens aux États-Unis que les accidents de la route ou les armes.

Ce n'est pas en prescrivant toujours plus de médicaments à ces patients que nous abordons les vrais problèmes : Qu'essaient-ils de supporter ? De quelles ressources, intérieures ou extérieures, disposent-ils ? Comment arrivent-ils à se soulager ? Sont-ils à l'écoute de leur corps et que font-ils pour cultiver une sensation de pouvoir, de détente et de vitalité ? Ont-ils des interactions

dynamiques avec les autres ? Qui les connaît, les aime vraiment et se soucie d'eux ? Sur qui peuvent-ils compter quand ils sont malades ou anxieux ? Font-ils partie d'une communauté et jouent-ils un rôle crucial dans la vie de leur entourage ? De quelles aptitudes précises ont-ils besoin pour se concentrer et faire des choix ? Sont-ils portés par une motivation ? Quels sont leurs talents ? Comment peut-on les aider à se sentir maîtres de leur sort ?

J'aime à croire que, le jour où notre société se concentrera sur les besoins des enfants, toutes les formes de soutien familial – une politique qui reste controversée aux États-Unis – en viendront peu à peu à paraître, non seulement désirables mais faisables. Que se passerait-il si tous les enfants américains avaient accès à des garderies de qualité, où les parents pourraient tranquillement les laisser en partant travailler ? À quoi ressembleraient nos systèmes scolaires si chaque enfant pouvait fréquenter une maternelle cultivant la coopération, l'autorégulation des émotions, la persévérance et la réflexion – si les écoles ne se focalisaient pas sur les examens, auxquels les enfants se soumettent volontiers dès lors qu'on les laisse suivre leur curiosité naturelle et leur désir d'exceller, et qu'ils ne sont pas fermés par la peur, la surexcitation ou le désespoir ?

Je possède une photo de moi à l'âge de cinq ans, où je suis perché entre mes frères et sœurs aînés (à l'évidence plus sages) et cadets (visiblement plus dépendants). Je lève fièrement un bateau en bois, en souriant jusqu'aux oreilles, l'air de dire : « Voyez quel merveilleux gosse je suis, et le bateau fantastique que j'ai la chance d'avoir ! Vous ne voulez pas jouer avec moi ? » Les êtres humains, mais surtout les enfants, ont tous besoin d'une telle confiance – de la certitude que les autres les connaissent, les soutiendront et les chériront. Sans elle, nous ne pouvons pas développer le sentiment d'autonomie qui nous permettra d'affirmer : « Voilà ce que je crois, ce que je représente et ce à quoi je vais me consacrer ». Tant que nos proches pensent à nous et nous gardent dans leur cœur, nous gravirons des montagnes, franchirons des déserts et resterons debout toute la nuit pour finir des projets. Les hommes feront

n'importe quoi pour les gens en qui ils ont confiance et dont l'opinion compte pour eux.

Mais si nous sentons abandonnés, invisibles ou dévalorisés, rien n'a plus d'importance. La peur détruit la curiosité et la joie. Pour avoir une société saine, nous devons élever des enfants qui puissent apprendre et jouer en toute sécurité. Il ne peut y avoir de croissance sans curiosité, d'adaptabilité sans faculté d'explorer son identité et ses valeurs en procédant par essais-erreurs. Aujourd'hui, plus de 50 % des enfants pris en charge par Head Start* ont subi au moins trois des expériences recensées par l'étude sur les expériences négatives de l'enfance : incarcération des parents, dépression, violence, maltraitance, toxicomanie des proches ou périodes de clochardisation.

Les hommes qui se sentent protégés et ont des liens profonds ont peu de raisons de gâcher leur vie en se droguant ou en s'abrutissant devant un écran ; ils ne se sentent pas obligés de se bourrer de glucides ou d'agresser leurs semblables. Toutefois, lorsqu'ils n'arrivent pas à calmer leur mal-être, ils peuvent céder à l'attrait des médicaments, des chefs de bande, des extrémismes religieux ou politiques – à tout ce qui promet un soulagement. Comme l'a montré l'étude sur les expériences négatives de l'enfance, la négligence et la maltraitance infantiles sont les sources de maladie mentale les plus évitables, les premiers facteurs d'alcoolisme et de toxicomanie – et elles contribuent largement aux causes majeures de décès : cancer, maladie cardiaque, AVC, diabète et suicide.

Mes collègues et moi-même consacrons une grande partie de notre travail à ceux qui subissent le plus l'impact du traumatisme : les plus jeunes. Depuis que nous avons uni nos efforts pour créer le Réseau national sur le stress traumatique chez l'enfant (RNSTE), ce dernier est devenu un tissu collaboratif qui compte plus de

* Instance gouvernementale américaine offrant des services éducatifs, sociaux, nutritionnels et de santé aux enfants de trois à cinq ans de milieux défavorisés et à leurs familles. (N.D.T.)

150 antennes dans le pays. Chacune de ces antennes a créé des programmes dans divers établissements : écoles, centres de réinsertion de jeunes délinquants, organismes de protection sociale, asiles pour sans-abri, infrastructures militaires et foyers d'accueil.

Le Trauma Center fait partie des sites d'évaluation et de développement thérapeutique du RNSTE. Avec mes collègues Joe Spinazzola et Margaret Blaustein, j'ai conçu des programmes très complets que nous commençons à mettre en œuvre, aidés par des psychiatres de Hartford, Chicago, Houston, San Francisco, Anchorage, Los Angeles et New York. Tous les deux ans, notre équipe choisit de sensibiliser une partie du pays en s'appuyant sur des contacts locaux pour cerner des organismes ouverts et dynamiques qui serviront de nouveaux relais pour le développement du traitement. À titre d'exemple, j'ai collaboré un an avec des collègues de Missoula, dans le Montana, pour développer un traitement du traumatisme dans les réserves des Indiens Blackfoot.

Le plus grand espoir des enfants traumatisés, maltraités et négligés est de recevoir une bonne éducation scolaire, qui leur apprend à se contrôler et à acquérir un sentiment d'autonomie. Dans le meilleur des cas, les écoles peuvent faire office d'îlots de sécurité dans un monde chaotique, en leur apprenant comment fonctionnent leur corps et leur cerveau, en les aidant à comprendre et à gérer leurs émotions – enfin, en leur donnant la résilience nécessaire pour supporter les traumatismes sociaux ou familiaux. Si les parents jonglent avec deux métiers pour joindre les deux bouts, ou s'ils sont trop déprimés pour écouter les besoins de leurs enfants, les écoles doivent être, par défaut, les lieux où on enseigne la capacité à se diriger soi-même et l'autorégulation.

Quand notre équipe arrive dans un établissement scolaire, la première réaction de l'enseignant consiste souvent à nous dire : « Je ne suis pas un travailleur social. » Nombre de professeurs ont fait leur apprentissage à la dure, mais ils ne peuvent pas enseigner à une classe pleine d'enfants dont les signaux d'alarme se déclenchent constamment. Même les pédagogues les plus dévoués se sentent

souvent impuissants et frustrés face à des élèves trop traumatisés pour apprendre. Se focaliser sur l'amélioration de leurs résultats n'arrangera rien s'ils ne peuvent pas traiter efficacement leurs problèmes de comportement. La bonne nouvelle est que les principes des interventions centrées sur le traumatisme peuvent se convertir en approches et en exercices quotidiens, capables de transformer la pédagogie de toute une école.

La plupart des enseignants avec qui nous travaillons sont étonnés d'apprendre que, pour les élèves maltraités et négligés, toute rupture de la routine fait souvent figure de danger et que leurs réactions extrêmes sont généralement l'expression d'un stress traumatique. Les enfants qui bravent les règles ne risquent pas d'être ramenés à la raison par des sermons, ni même par un renvoi temporaire – une pratique endémique dans les écoles américaines. L'avis de leurs professeurs commence à changer quand ils comprennent que cette conduite a été au départ une réaction de survie maladroite et une vaine tentative de clamer leur détresse.

Pouvoir se sentir en sécurité avec les autres est la première définition de la santé mentale : les relations protectrices sont essentielles pour mener une vie profonde et gratifiante. Le plus difficile, dans une classe, est de favoriser la réciprocité : l'écoute mutuelle, le regard réciproque. Nous essayons d'apprendre à tout le personnel d'un établissement – directeur, secrétaires et enseignants – à discerner et à comprendre les effets du traumatisme sur les enfants, et à mettre l'accent sur la sécurité, la prévisibilité et la reconnaissance. Nous veillons à ce que les professeurs saluent les élèves par leur nom le matin et les regardent en face. Comme, dans nos ateliers, nos groupes de travail et nos cours de théâtre, nous entamons toujours la journée en accueillant les enfants et en prenant le temps d'écouter les réflexions de chacun.

Un grand nombre des élèves que nous rencontrons n'ont jamais pu communiquer par le langage, tant ils ont l'habitude que les adultes hurlent, donnent des ordres ou se bouchent les oreilles. Dans un premier temps, nous aidons les enseignants à leur présenter de

nouvelles manières de parler de leurs sentiments, d'énoncer leurs attentes et de demander de l'aide. Au lieu de crier « Stop ! » quand une fillette s'emporte ou de la mettre au coin, nous invitons sa maîtresse à remarquer à voix haute le ressenti de l'enfant – en disant, par exemple : « Je vois bien que tu es fâchée » ou « Tu veux t'asseoir dans le "coin refuge" ? » – et à l'aider à trouver les mots pour décrire ses sentiments et trouver sa voix : « Que va-t-il se passer chez toi, ce soir, après l'école ? » Un enfant peut mettre des mois à savoir quand il peut dire la vérité sans risque (parce qu'il ne sera jamais en sécurité partout) mais pour tous, adultes comme enfants, identifier la vérité d'une expérience est essentiel pour surmonter le traumatisme.

Dans de nombreuses écoles, il est courant de punir les élèves qui piquent des crises ou se montrent soudain agressifs – alors qu'il s'agit de symptômes du stress traumatique. Au lieu d'offrir un asile, l'école devient un facteur déclenchant de plus. Au mieux, les sermons et les punitions mettent un terme provisoire aux conduites inacceptables, mais comme ils n'arrêtent ni le système d'alarme ni les hormones du stress, la prochaine provocation déclenchera une nouvelle explosion.

En pareille situation, la première chose à faire est de reconnaître que l'enfant est bouleversé ; ensuite, on devrait le calmer, explorer la cause de son comportement et discuter des solutions possibles. Quand un enfant de six ans jette des objets autour de lui et frappe sa maîtresse, nous invitons celle-ci à poser des limites claires tout en lui suggérant : « Tu aimerais t'envelopper dans cette couverture pour te soulager ? » (Il est probable que l'enfant va crier : « Non ! », mais aller se pelotonner ensuite sous la couverture et se détendre.) La prévisibilité et la clarté des attentes sont cruciales – la cohérence est essentielle. Les enfants de familles chaotiques ignorent totalement comment travailler efficacement avec les autres, et l'incohérence ne fait qu'ajouter à leur confusion. Les enseignants sensibilisés au traumatisme comprennent vite qu'appeler un parent quand un enfant est turbulent risque de l'exposer à une nouvelle raclée et au redoublement du traumatisme.

Dans ces interventions en milieu scolaire, notre but est de convertir la science du cerveau en pratique quotidienne – en montrant, par exemple, qu'activer les aires cérébrales qui remarquent les sensations internes (la tour de guet dont j'ai parlé au chapitre 4) est nécessaire pour se calmer assez pour pouvoir prendre sur soi. À ce titre, un professeur pourrait dire : « On respire profondément ou on se fait aider par l'étoile qui soupire* . » Une autre solution consiste à asseoir l'enfant à l'écart en l'enveloppant d'une couverture, pour lui faire écouter une musique apaisante avec des écouteurs. Des « coins refuges » peuvent aider les élèves à s'apaiser en leur apportant une conscience sensorielle stimulante – par la texture du satin ou du velours, des boîtes à chaussures garnies de brosses douces et de jouets souples. Quand l'enfant peut à nouveau parler, on l'encourage à confier à quelqu'un l'origine de son trouble avant de rejoindre le groupe.

Dès trois ans, les petits peuvent souffler des bulles de savon et apprendre qu'en ne respirant que six fois par minute et en prêtant attention à l'expiration, ils se sentiront plus calmes et plus concentrés. Notre équipe de professeurs de yoga travaille, notamment, à aider les préadolescents à pactiser avec leur corps et à supporter les sensations perturbantes. Nous savons qu'une des premières causes de la toxicomanie chez les jeunes est l'incapacité à tolérer les sensations qui expriment la peur, la rage ou l'impuissance.

Beaucoup d'élèves qui passent par des cycles d'activité frénétique et d'immobilité peuvent apprendre à se contrôler. Outre les matières principales – lecture, écriture et calcul –, il faudrait créer des cours de conscience de soi, d'autorégulation et de communication. De même qu'on enseigne l'histoire et la géographie, on devrait inculquer le fonctionnement du corps et du cerveau – car, pour se

* Aide à la respiration ludique et ingénieuse, composée d'une étoile découpée dans une chemise en carton. Au centre de ses branches, des fentes en guise de bouche s'ouvrent et se ferment dans la chemise maniée comme un soufflet. (N.D.T.)

maîtriser, les enfants comme les adultes doivent se familiariser avec leur monde intérieur, afin de savoir précisément ce qui les effraie, les perturbe ou les enchante.

L'intelligence émotionnelle commence par l'identification de ses sentiments et par la sensibilité à ceux des autres. Nous procédons très simplement : avec des miroirs. Se regarder dans une glace aide les enfants à prendre conscience de l'image qu'ils donnent quand ils sont tristes, en colère ou déçus. Puis nous leur demandons : « Quel effet ça te fait de voir ce genre de mine ? » Nous leur apprenons comment leur cerveau est construit, à quoi servent les émotions, où elles s'inscrivent dans leur corps et comment ils peuvent communiquer leurs sentiments aux gens qui les entourent. Ils comprennent ainsi que les muscles de leur visage révèlent en partie ce qu'ils éprouvent, puis ils en font l'expérience en voyant l'effet de leurs expressions sur les autres.

Nous renforçons aussi leur « tour de guet » en leur apprenant à reconnaître et à nommer leurs sensations. Par exemple, quand leur poitrine se serre, cela traduit souvent l'anxiété ; leur respiration devient superficielle et ils sont nerveux. Comment leur corps exprime-t-il la colère, et que peuvent-ils faire pour modifier cette sensation ? Que se passe-t-il s'ils prennent une inspiration profonde, sautent à la corde ou cognent sur un punching-ball ? Vont-ils mieux en tapotant des points d'acupression ? Nous essayons d'offrir aux élèves, aux professeurs et aux soignants une boîte à outils qui leur permette de prendre en charge leurs réactions émotionnelles.

Pour développer la réciprocité, nous utilisons d'autres exercices en miroir, qui sont la base d'une communication sereine. Les enfants imitent d'abord les expressions d'un partenaire, puis des gestes et des sons. Pour bien y arriver, ils doivent s'appliquer à regarder et à écouter vraiment les autres. Des jeux comme Jacques-a-dit déclenchent souvent le rire – un signe de sécurité et de détente. Quand des adolescents refusent de se prêter à ces « jeux stupides », nous acquiesçons, mais nous les engageons à le faire en les priant de les montrer aux petits, qui « ont besoin de leur aide ».

De même, les enfants et les enseignants apprennent qu'une règle aussi simple que faire un maximum de passes avec un ballon sans le laisser tomber favorise la concentration, la cohésion et le plaisir du groupe. Pour les adolescents, certaines écoles ont installé des postes de travail informatique bon marché, où ils peuvent s'exercer à des jeux vidéo qui améliorent la concentration et la variabilité de la fréquence cardiaque, exactement comme dans notre clinique.

Tout le monde – adultes et enfants – a besoin d'éprouver la gratification que l'on peut obtenir en travaillant à la limite de ses capacités. La résilience est le fruit de l'autonomie : savoir qu'on est capable peut faire la différence. Beaucoup d'entre nous se rappellent ce qu'une équipe sportive ou une chorale scolaire a signifié pour eux, surtout si elle était animée par des gens qui leur ont fait confiance, les ont poussés à exceller, et leur ont appris qu'ils pouvaient se dépasser. Les élèves que nous approchons ont besoin de cette expérience.

L'athlétisme, la musique, le théâtre et la danse développent tous l'échange et l'autonomie. Ces pratiques donnent aussi aux enfants de nouveaux défis et les sortent du rôle qu'ils ont dans la vie. En Nouvelle-Angleterre, dans une ville post-industrielle dévastée, mes amis Carolyn et Eli Newberger enseignent *El Sistema*, un cours de musique orchestrale luttant contre l'exclusion et l'échec. Certains de mes étudiants enseignent la capoeira dans un quartier sensible de Boston, et mes collègues du Trauma Center poursuivent l'initiative Trauma Drama. L'an dernier, j'ai passé trois semaines à aider deux garçons à monter une scène de *Jules César*. L'un, timide et efféminé, interprétait Brutus. Il a dû rassembler toutes ses forces pour étriller Cassius, incarné par la brute de la classe, qui a eu bien du mal à jouer un général corrompu implorant la pitié. Le déclic ne s'est produit que lorsque le petit dur a confié qu'il avait été maltraité par son père et s'était promis de ne plus jamais montrer sa faiblesse. (La plupart des brutes ont été elles-mêmes brutalisées dans leur enfance.) La voix puissante de Brutus, elle, est apparue quand

le garçon a compris qu'il s'était rendu invisible pour supporter la violence de sa propre famille.

Ces efforts intenses, partagés, obligent les enfants à collaborer, à faire des compromis et à rester concentrés. Les tensions sont souvent à fleur de peau, mais ils tiennent parce qu'ils ont envie de gagner le respect du metteur en scène ou ne veulent pas laisser tomber le groupe : l'antithèse des sentiments qu'inspirent la maltraitance arbitraire, l'invisibilité de l'abandon et l'isolement du traumatisme.

Les programmes du RNSTE donnent des résultats. Les enfants présentent moins de réactions émotionnelles, d'anxiété et d'agressivité ; ils s'entendent plus facilement avec les autres et sont meilleurs en classe ; leur déficit d'attention, leur hyperactivité et leur « trouble oppositionnel avec provocation » diminuent et leur sommeil s'apaise. Ils sont encore victimes ou témoins d'événements terribles, mais ils arrivent maintenant à en parler : ils ont acquis assez de confiance pour demander de l'aide. Les interventions en milieu scolaire peuvent marcher si on fait appel aux capacités de coopération naturelles et aux réactions innées à la sécurité, à l'imagination et à la réciprocité.

Le traumatisme nous confronte chaque jour à notre fragilité et à la cruauté de l'homme envers l'homme, mais aussi à notre résilience étonnante. J'ai réussi à exercer si longtemps ce métier parce qu'il m'a amené à explorer nos sources de joie, de communication et de créativité – tout ce qui donne son prix à la vie. Je ne peux même pas imaginer comment j'aurais supporté ce que beaucoup de mes patients ont subi. À mes yeux, leurs symptômes participent de leur force – des moyens qu'ils ont trouvés pour survivre. Malgré toutes leurs souffrances, ils sont souvent devenus des conjoints et des parents aimants, des infirmiers, des artistes et des savants exemplaires.

La plupart des grands initiateurs des changements sociaux ont connu personnellement le traumatisme – je pense, par exemple, à Maya Angelou, à Nelson Mandela et à Elie Wiesel. Lisez la biographie d'un visionnaire, et vous trouverez des idées et des passions qui lui sont venues en affrontant la dévastation.

Il en va de même pour les sociétés. Beaucoup d'évolutions profondes de l'Amérique sont issues de l'expérience du traumatisme : l'abolition de l'esclavage est née de la guerre de Sécession ; la sécurité sociale de la Grande Dépression ; et le G.I. Bill, qui a créé notre classe moyenne jadis vaste et prospère, de la Seconde Guerre mondiale. Le traumatisme est aujourd'hui notre problème de santé le plus urgent et nous avons les connaissances nécessaires pour y répondre efficacement. La balle est dans notre camp.

ANNEXE

LES CRITÈRES CONSENSUELS PROPOSÉS POUR LE TROUBLE DE TRAUMATISME DÉVELOPPEMENTAL

L'introduction du diagnostic de trouble de traumatisme développemental a pour but de rendre au plus près la réalité des présentations cliniques des enfants et des adolescents exposés à un traumatisme interpersonnel, afin d'aider les cliniciens à développer des interventions efficaces et les chercheurs à étudier la neurobiologie et la transmission des violences interpersonnelles chroniques. Qu'ils présentent ou non des symptômes de SSPT, les enfants qui ont grandi dans un contexte de violence constante, de maltraitance et de soins médiocres sont desservis par la méthode d'évaluation actuelle, qui mène souvent à des diagnostics multiples, disparates, ou inexistantes ; à privilégier le contrôle du comportement sans reconnaître le traumatisme interpersonnel et le manque de sécurité dans l'étiologie des symptômes ; et à négliger la résolution des troubles développementaux qui sous-tendent ces symptômes.

Les critères consensuels proposés pour le trouble de traumatisme développemental ont été conçus et présentés en février 2009 par un groupe de travail affilié au Réseau national sur le stress traumatique chez l'enfant (RNSTE), dirigé par les docteurs Bessel van der Kolk et Robert S. Pynoos, avec la collaboration des docteurs Martin Teicher, Frank W. Putnam et Glenn Saxe, et des doctorants Dante Cicchetti, Marylene Cloitre, Wendy D'Andrea, Julian D. Ford, Alicia F. Lieberman, Joseph Spinazzola et Bradley C. Stolbach. Ces critères

sont fondés sur un examen approfondi de la littérature empirique, sur des jugements cliniques éclairés, des études de médecins du RNSTE et une analyse préliminaire des dossiers de milliers d'enfants soignés dans de nombreux cadres cliniques et services de protection infantile – dont des centres thérapeutiques du RNSTE, des structures d'aide sociale à l'enfance, des cliniques psychiatriques et des centres de détention pour mineurs. Dans la mesure où la validité de ces critères, leur prévalence, leur utilité clinique et les seuils de symptômes qu'ils proposent doivent être encore examinés à l'aide d'un recueil de données ou d'une analyse prospective, ils ne doivent pas être considérés comme une catégorie diagnostique à intégrer dans le *DSM*. Ils sont plutôt destinés à décrire les symptômes les plus cliniquement significatifs que présentent de nombreux enfants et adolescents après un traumatisme complexe. Ces critères ont guidé les enquêtes locales sur le traumatisme développemental, qui ont commencé en 2009 et se poursuivent encore aujourd'hui.

LES CRITÈRES CONSENSUELS PROPOSÉS POUR LE TROUBLE DE TRAUMATISME DÉVELOPPEMENTAL

- A. L'exposition. L'enfant ou l'adolescent a subi ou assisté à des événements négatifs multiples ou prolongés pendant une période d'au moins un an, dont :
 - A.1. Une expérience, visuelle ou directe, d'épisodes graves et réitérés de violence interpersonnelle ;
 - A.2. De nettes perturbations éducatives, par suite de changements fréquents de la personne à qui il est confié ; une séparation répétée avec celle-ci ; ou une exposition à une maltraitance émotionnelle grave et persistante.

- B. Dérégulation affective et physiologique. L'enfant présente une altération des compétences développementales liées à la régulation de l'excitation, exprimée par au moins deux des symptômes suivants :

- B.1. Incapacité à moduler, à supporter, ou à se remettre d'états émotionnels extrêmes (comme la peur, la colère, la honte), dont des crises intenses et prolongées, ou l'immobilisation ;
 - B.2. Troubles de la régulation des fonctions corporelles (telles que le sommeil, l'alimentation et l'excrétion ; réactivité insuffisante ou excessive aux sons et au toucher ; désorganisation pendant les transitions routinières) ;
 - B.3. Conscience diminuée/dissociation des sensations, des émotions et des états du corps ;
 - B.4. Capacité réduite à décrire les émotions ou les états du corps.
- C. Dérégulation de l'attention et du comportement. L'enfant présente une altération des compétences développementales liées à l'attention soutenue, à l'apprentissage ou à la tolérance au stress, qui s'exprime par au moins trois des symptômes suivants :
- C.1. Peur de la menace, ou capacité restreinte à la percevoir, confusion des signaux de sécurité et de danger ;
 - C.2. Perturbation de la faculté d'autoprotection, avec prise de risques extrêmes ou recherche de sensations fortes ;
 - C.3. Tentatives inadaptées pour se calmer (telles que le balancement et d'autres mouvements rythmés, dont la masturbation compulsive) ;
 - C.4. Autoagression réactive habituelle (intentionnelle ou automatique) ;
 - C.5. Incapacité à amorcer ou à maintenir un comportement intentionnel.
- D. Dérégulation personnelle et relationnelle. L'enfant présente une altération des compétences développementales liées au sentiment d'identité et à l'engagement relationnel, s'exprimant par au moins trois des symptômes suivants :

- D.1. Vive inquiétude pour la sécurité du soignant ou des êtres chers (dont les parents), ou difficulté à supporter de les retrouver après une séparation ;
 - D.2. Persistance d'un sentiment négatif du moi : haine de soi, sentiment d'impuissance, d'inutilité, d'inefficacité ou de déficience ;
 - D. 3. Méfiance extrême et persistante, défiance ou manque de comportement réciproque dans les relations proches avec les adultes ou les enfants du même âge ;
 - D.4. Agressivité réactive, physique ou verbale, envers les enfants du même âge, les parents ou d'autres adultes ;
 - D.5. Tentatives déplacées (immodérées ou trop familières) de créer un contact intime (comprenant, mais non limitées à, l'intimité sexuelle ou physique), ou confiance excessive dans la capacité des autres – adultes ou enfants – à le protéger ou à le rassurer ;
 - D.6. Perturbation de la capacité à réguler la stimulation empathique, se traduisant par un manque d'empathie, une intolérance ou une trop grande réactivité aux expressions de souffrance des autres.
- E. Symptômes du spectre post-traumatique. L'enfant présente au moins un des symptômes de deux des trois groupes B, C et D du SSPT.
- F. La perturbation (les symptômes des critères B, C, D et E du trouble de traumatisme développemental) dure au moins six mois.
- G. Déficience fonctionnelle. La perturbation cause une souffrance ou un handicap cliniquement significatif dans au moins deux des domaines de fonctionnement suivants :
- Scolaire
 - Familial

- Groupe des enfants du même âge
- Judiciaire
- Santé
- Professionnel (pour les jeunes qui exercent un métier, un travail bénévole, cherchent un emploi ou suivent une formation professionnelle).

Extrait de B. van der Kolk, «Developmental Trauma Disorder : Toward A Rational Diagnosis For Children With Complex Trauma Histories», *Psychiatric Annals*, 35, n° 5, 2005, p. 401-408.

NOTES

PROLOGUE. L'EXPOSITION AU TRAUMATISME

1. V. Felitti *et al.*, « Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults : The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study », *American Journal of Preventive Medicine*, 14, n° 4, 1998, p. 245-258.

I. LA REDÉCOUVERTE DU TRAUMATISME

1. CE QUE NOUS ONT APPRIS LES VÉTÉRANS DU VIETNAM

1. A. Kardiner, *The Traumatic Neuroses of War*, New York, P. Hoeber, 1941. J'ai plus tard découvert que beaucoup de textes sur le traumatisme de guerre ont été publiés autour de la Première et de la Seconde Guerre mondiale mais, comme Abram Kardiner l'écrivait en 1947 : « Le sujet des troubles névrotiques liés à la guerre a été soumis, ces vingt-cinq dernières années, à la grande inconstance de l'intérêt du public et aux caprices du monde psychiatrique. Ni le public ni les psychiatres n'ont conservé l'intérêt majeur qu'ils lui portaient après la Première Guerre mondiale. Ces affections ne font donc pas l'objet d'une étude continue. »

2. *Op. cit.*, p. 7.

3. B. van der Kolk, « Adolescent Vulnerability to Posttraumatic Stress Disorder », *Psychiatry*, 48, 1985, p. 365-370.

4. S. A. Haley, « When the Patient Reports Atrocities : Specific Treatment Considerations of the Vietnam Veteran », *Archives of General Psychiatry*, 30, 1974, p. 191-196.

5. E. Hartmann, B. van der Kolk et M. Olfield, « A Preliminary Study of the Personality of the Nightmare Sufferer », *American Journal of Psychiatry*, 138, 1981, p. 794-797 ; B. A. van der Kolk *et al.*, « Nightmares and Trauma : Life-long and Traumatic Nightmares in Veterans », *American Journal of Psychiatry*, 141, 1984, p. 187-190.

6. B. van der Kolk et C. Ducey, « The Psychological Processing of Traumatic Experience : Rorschach Patterns in PTSD », *Journal of Traumatic Stress*, 2, 1989, p. 259-274.

7. Contrairement aux souvenirs ordinaires, les souvenirs traumatiques ressemblent plutôt à des fragments de sensations, d'émotions, de réactions et d'images qui continuent à resurgir dans le présent. Les études des souvenirs de la Shoah, réalisées à Yale par Dori Laub et Nanette C. Auerhahn, ainsi que le livre de Lawrence L. Langer, *Holocaust Testimonies : The Ruins of Memory*, et, surtout, les descriptions du caractère des souvenirs traumatisants par Pierre Janet en 1889, 1893 et 1905, nous ont aidés à ordonner ce que nous avons constaté. Ce travail sera abordé dans le chapitre sur la mémoire.

8. D. J. Henderson, « Incest », in *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, A. M. Freedman et H. I. Kaplan éd., 2^e édition, Baltimore, Williams & Wilkins, 1974, p. 1536.

9. *Ibid.*

10. K. H. Seal *et al.*, « Bringing the War Back Home : Mental Health Disorders Among 103,788 U.S. Veterans Returning from Iraq and Afghanistan Seen at Department of Veterans Affairs Facilities », *Archives of Internal Medicine*, 167, n° 5, 2007, p. 476-482 ; C. W. Hoge, J. L. Auchterlonie et C. S. Milliken, « Mental Health Problems, Use of Mental Health Services, and Attrition from Military Service After Returning from Deployment to Iraq or Afghanistan », *Journal of the American Medical Association*, 295, n° 9, 2006, p. 1023-1032.

11. D. G. Kilpatrick et B. E. Saunders, *Prevalence and Consequences of Child Victimization : Results from the National Survey of Adolescents : Final Report*, Charleston, SC, National Crime Victims Research and Treatment Center, Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, Medical University of South Carolina, 1997.

12. U.S. Department of Health and Human Services, Administration on Children, Youth and Families, *Child Maltreatment 2007*, 2009. Voir aussi : U.S. Department of Health and Human Services, Administration on Children and Families, Administration on Children, Youth and Families, Children's Bureau, *Child Maltreatment 2010*, 2011.

2. DES RÉVOLUTIONS DANS LA COMPRÉHENSION DE L'ESPRIT ET DU CERVEAU

1. G. Ross Baker *et al.*, « The Canadian Adverse Events Study : The Incidence of Adverse Events Among Hospital Patients in Canada », *Canadian Medical Association Journal*, 170, n° 11, 2004, p. 1678-1686; A. C. McFarlane *et al.*, « Posttraumatic Stress Disorder in a General Psychiatric Inpatient Population », *Journal of Traumatic Stress*, 14, n° 4, 2001, p. 633-645; K. T. Mueser *et al.*, « Trauma and Posttraumatic Stress Disorder in Severe Mental Illness », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, n° 3, 1998, p. 493; National Trauma Consortium, www.nationaltraumaconsortium.org.

2. E. Bleuler, *Dementia praecox ou schizophrénies*, Paris, EPEL, 1993.

3. L. Grinspoon, J. Ewalt et R. I. Shader, « Psychotherapy and Pharmacotherapy in Chronic Schizophrenia », *American Journal of Psychiatry*, 124, n° 12, 1968, p. 1645-1652. Voir aussi : L. Grinspoon, J. Ewalt et R. I. Shader, *Schizophrenia : Psychotherapy and Pharmacotherapy*, Baltimore, Williams and Wilkins, 1972.

4. T. R. Insel, « Neuroscience : Shining Light on Depression », *Science*, 317, n° 5839, 2007, p. 757-758. Voir aussi : C. M. France, P. H. Lysaker et R. P. Robinson, « The 'Chemical Imbalance' Explanation for Depression : Origins, Lay Endorsement, and Clinical Implications », *Professional Psychology : Research and Practice*, 38, 2007, p. 411-420.

5. B. J. Deacon et J. J. Lickel, « On the Brain Disease Model of Mental Disorders », *Behavior Therapist*, 32, n° 6, 2009.

6. J. O. Cole *et al.*, « Drug Trials in Persistent Dyskinesia (Clozapine) », in *Tardive Dyskinesia, Research and Treatment*, R. C. Smith, J. M. Davis et W. E. Fahn éd., New York, Plenum, 1979.

7. E. F. Torrey, *Out of the Shadows : Confronting America's Mental Illness Crisis*, New York, John Wiley & Sons, 1997. D'autres facteurs ont joué un rôle tout aussi important, comme le *Community Health Act*, promulgué par le président Kennedy en 1963, qui a instauré la prise en charge des soins de santé mentale par le gouvernement fédéral et récompensé les États accueillant les malades mentaux, non plus à l'hôpital, mais dans des centres médicaux intégrés dans le tissu social.

8. American Psychiatric Association, Committee on Nomenclature, Work Group to Revise *DSM-III, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, American Psychiatric Publishing, 1980.

9. S. F. Maier et M. E. Seligman, « Learned Helplessness : Theory and Evidence », *Journal of Experimental Psychology : General*, 105, n° 1, 1976, p. 3. Voir aussi : M. E. Seligman, S. F. Maier et J. H. Geer, « Alleviation of Learned

Helplessness in the Dog», *Journal of Abnormal Psychology*, 73, n° 3, 1968, p. 256; et R. L. Jackson, J. H. Alexander et S. F. Maier, «Learned Helplessness, Inactivity, and Associative Deficits : Effects of Inescapable Shock on Response Choice Escape Learning», *Journal of Experimental Psychology : Animal Behavior Processes*, 6, n° 1, 1980, p. 1.

10. G. A. Bradshaw et A. N. Schore, «How Elephants Are Opening Doors : Developmental Neuroethology, Attachment and Social Context», *Ethology*, 113, 2007, p. 426-436.

11. D. Mitchell, S. Koleszar et R. A. Scopatz, «Arousal and T-Maze Choice Behavior in Mice : A Convergent Paradigm for Neophobia Constructs and Optimal Arousal Theory», *Learning and Motivation*, 15, 1984, p. 287-301. Voir aussi : D. Mitchell, E. W. Osborne et M. W. O'Boyle, «Habituation Under Stress : Shocked Mice Show Non-associative Learning in a T-Maze», *Behavioral and Neural Biology*, 43, 1985, p. 212-217.

12. B. van der Kolk *et al.*, «Inescapable Shock, Neurotransmitters and Addiction to Trauma : Towards a Psychobiology of Posttraumatic Stress», *Biological Psychiatry*, 20, 1985, p. 414-425.

13. C. Hedges, *La guerre est une force qui nous octroie du sens*, Actes Sud, 2016, traduction de Nancy Huston.

14. B. van der Kolk, «The Compulsion to Repeat Trauma : Revictimization, Attachment and Masochism», *Psychiatric Clinics of North America*, 12, 1989, p. 389-411.

15. R. L. Solomon, «The Opponent-Process Theory of Acquired Motivation : The Costs of Pleasure and the Benefits of Pain», *American Psychologist*, 35, 1980, p. 691-712.

16. H. K. Beecher, «Pain in Men Wounded in Battle», *Annals of Surgery*, 123, n° 1, janvier 1946, p. 96-105.

17. B. van der Kolk *et al.*, «Pain Perception and Endogenous Opioids in Posttraumatic Stress Disorder», *Psychopharmacology Bulletin* 25, 1989, p. 117-121. Voir aussi : R. K. Pitman *et al.*, «Naloxone Reversible Stress Induced Analgesia in Posttraumatic Stress Disorder», *Archives of General Psychiatry*, 47, 1990, p. 541-547; et Solomon, «Opponent-Process Theory of Acquired Motivation».

18. J. A. Gray et N. McNaughton, «The Neuropsychology of Anxiety : Reprise», in *Nebraska Symposium on Motivation*, Lincoln, University of Nebraska Press, 1996, 43, p. 61-134. Voir aussi : C. G. DeYoung et J. R. Gray, «Personality Neuroscience : Explaining Individual Differences in Affect, Behavior, and Cognition», in *The Cambridge Handbook of Personality Psychology*, Cambridge, UK, Cambridge University Press, 2009, p. 323-346.

19. M. J. Raleigh *et al.*, « Social and Environmental Influences on Blood Serotonin Concentrations in Monkeys », *Archives of General Psychiatry*, 41, 1984, p. 505-510.

20. B. van der Kolk *et al.*, « Fluoxetine in Posttraumatic Stress », *Journal of Clinical Psychiatry*, 1994, p. 517-522.

21. Pour les passionnés du Rorschach, il a inversé le ratio C + CF/FC.

22. G. E. Jackson, *Rethinking Psychiatric Drugs : A Guide for Informed Consent*, Bloomington, IN, AuthorHouse, 2005 ; R. Whitaker, *Anatomy of an Epidemic : Magic Bullets, Psychiatric Drugs and the Astonishing Rise of Mental Illness in America*, New York, Random House, 2011.

23. Nous y reviendrons au chapitre 15, où nous aborderons notre étude comparative entre le Prozac et l'EMDR, qui montre que l'EMDR présente de meilleurs résultats à long terme dans le traitement de la dépression, du moins pour le traumatisme survenant à l'âge adulte.

24. J. M. Zito *et al.*, « Psychotropic Practice Patterns for Youth : A 10-Year Perspective », *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 157, janvier 2003, p. 17-25.

25. http://en.wikipedia.org/wiki/List_of_largest_selling_pharmaceutical_products.

26. L. Lagnado, « U.S. Probes Use of Antipsychotic Drugs on Children », *Wall Street Journal*, 11 août 2013.

27. K. Thomas, « J.&J. to Pay \$2.2 Billions in Risperdal Settlement », *New York Times*, 4 novembre 2013

28. M. Olfson *et al.*, « Trends in Antipsychotic Drug Use by Very Young, Privately Insured Children », *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49, n° 1, 2010, p. 13-23.

29. M. Olfson *et al.*, « National Trends in the Outpatient Treatment of Children and Adolescents with Antipsychotic Drugs », *Archives of General Psychiatry*, 63, n° 6, 2006, p. 679.

30. A. J. Hall *et al.*, « Patterns of Abuse Among Unintentional Pharmaceutical Overdose Fatalities », *Journal of the American Medical Association*, 300, n° 22, 2008, p. 2613-2620.

31. Cette dernière décennie, les docteurs Marcia Angell et Arnold Relman, deux rédacteurs en chef du *New England Journal of Medicine*, la revue médicale la plus prestigieuse des États-Unis, ont démissionné pour dénoncer le pouvoir excessif exercé par l'industrie pharmaceutique sur la recherche médicale, les médecins et les hôpitaux. Dans une lettre au *New York Times* datée du 28 décembre 2004, ils expliquaient que, l'année précédente, une compagnie pharmaceutique avait consacré 28 % de ses recettes (plus de 6 milliards de dollars) à ses frais commerciaux et

administratifs, et seulement la moitié à la recherche et au développement. Garder 30% du bénéfice net était une pratique courante dans l'industrie pharmaceutique. « La profession médicale, concluaient-ils, devrait briser sa dépendance par rapport à l'industrie pharmaceutique et développer son propre secteur de recherche. » Malheureusement, c'est aussi peu probable que de voir les politiciens s'affranchir des donateurs qui financent leurs campagnes électorales.

3. VISUALISER LE CERVEAU : LA RÉVOLUTION DES NEUROSCIENCES

1. B. Roozendaal, B. S. McEwen et S. Chattarji, « Stress, Memory and the Amygdala », *Nature Reviews Neuroscience*, 10, n° 6, 2009, p. 423-433.

2. R. Joseph, *The Right Brain and the Unconscious*, New York, Plenum Press, 1995.

3. Le film *L'Assaut* (tiré du roman éponyme de Harry Mulisch), qui a remporté en 1986 l'oscar du meilleur film étranger, illustre bien la portée des premières impressions émotionnelles sur les passions fortes chez l'adulte.

4. C'est l'essence de la thérapie comportementale et cognitive. Voir Foa, Friedman et Keane, *Treatment Guidelines for PTSD*, 2000.

II. LE CERVEAU TRAUMATISÉ DANS TOUS SES ÉTATS

4. SAUVE QUI PEUT : L'ANATOMIE DE LA SURVIE

1. R. Sperry, « Changing Priorities », *Annual Review of Neuroscience*, 4, 1981, p. 1-15.

2. A. A. Lima *et al.*, « The Impact of Tonic Immobility Reaction on the Prognosis of Posttraumatic Stress Disorder », *Journal of Psychiatric Research* 44, n° 4, mars 2010, p. 224-228.

3. P. Janet, *L'Automatisme psychologique*, Paris, Félix Alcan, 1889.

4. R. R. Llinás, *I of the Vortex : From Neurons to Self*, Cambridge, MA, MIT Press, 2002. Voir aussi : R. Carter et C. D. Frith, *Mapping the Mind*, Berkeley, University of California Press, 1998 ; R. Carter, *The Human Brain Book*, Penguin, 2009 ; et J. J. Ratey, *A User's Guide to the Brain*, New York, Pantheon Books, 2001, p. 179.

5. B. D. Perry *et al.*, « Childhood Trauma, the Neurobiology of Adaptation, and Use Dependent Development of the Brain : How States Become Traits », *Infant Mental Health Journal*, 16, n° 4, 1995, p. 271-291.

6. Là, je suis redevable à mon défunt ami David Servan-Schreiber, qui a établi le premier cette distinction dans son livre *Guérir le stress, l'anxiété et la dépression sans médicaments ni psychanalyse*, Paris, Robert Laffont, 2003.

7. E. Goldberg, *The Executive Brain : Frontal Lobes and the Civilized Mind*, Londres, Oxford University Press, 2001.

8. G. Rizzolatti et L. Craighero, « The Mirror-Neuron System », *Annual Review of Neuroscience*, 27, 2004, p. 169-192. Voir aussi : M. Iacoboni *et al.*, « Cortical Mechanisms of Human Imitation », *Science*, 286, n° 5449, 1999, p. 2526-2528 ; C. Keysers et V. Gazzola, « Social Neuroscience : Mirror Neurons Recorded in Humans », *Current Biology*, 20, n° 8, 2010, p. 353-354 ; J. Decety et P. L. Jackson, « The Functional Architecture of Human Empathy », *Behavioral and Cognitive Neuroscience Reviews* 3, 2004, p. 71-100 ; M. B. Schippers *et al.*, « Mapping the Information Flow from One Brain to Another During Gestural Communication », *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America* 107, n° 20, 2010, p. 9388-9393 ; et A. N. Meltzoff et J. Decety, « What Imitation Tells Us About Social Cognition : A Rapprochement Between Developmental Psychology and Cognitive Neuroscience », *Philosophical Transactions of the Royal Society, London*, 358, 2003, p. 491-500.

9. D. Goleman, *Emotional Intelligence*, New York, Random House, 2006. Voir aussi : V. S. Ramachandran, « Mirror Neurons and Imitation Learning as the Driving Force Behind “the Great Leap Forward” in Human Evolution », *Edge*, 31 mai 2000, [http:// edge.org/conversation/mirror-neurons-and-imitation-learning-as-the-driving-force-behind-the-great-leap-forward-in-human-evolution](http://edge.org/conversation/mirror-neurons-and-imitation-learning-as-the-driving-force-behind-the-great-leap-forward-in-human-evolution), consulté le 13 avril 2013.

10. G. M. Edelman et J. A. Gally, « Reentry : A Key Mechanism for Integration of Brain Function », *Frontiers in Integrative Neuroscience*, 7, 2013.

11. J. LeDoux, « Rethinking the Emotional Brain », *Neuron*, 73, n° 4, 2012, p. 653-676. Voir aussi : J. S. Feinstein *et al.*, « The Human Amygdala and the Induction and Experience of Fear », *Current Biology*, 21, n° 1, 2011, p. 34-38.

12. Le cortex préfrontal médian forme la partie centrale du cerveau (ce que les neuroscientifiques nomment les « structures médianes »). Cette zone présente un conglomérat de structures liées – le cortex orbitofrontal, le cortex préfrontal inférieur et le cortex préfrontal médian dorsal, ainsi qu’une grande structure dite cingulaire antérieur – qui, toutes, participent au contrôle de l’état interne de l’organisme et à la sélection des réponses appropriées. Voir, par exemple, D. Diorio, V. Viau et M. J. Meaney, « The Role of the Medial Prefrontal Cortex (Cingulate Gyrus) in the Regulation of Hypothalamic-Pituitary-Adrenal Responses to Stress », *Journal of Neuroscience*, 13, n° 9, septembre 1993, p. 3839-3847 ; J. P. Mitchell, M. R. Banaji et C. N. Macrae, « The Link Between Social Cognition and Self-Referential Thought in the Medial Prefrontal Cortex », *Journal of Cognitive Neuroscience*, 17, n° 8, 2005, p. 1306-1315 ; A. D’Argembeau *et al.*, « Valuing One’s Self : Medial Prefrontal Involvement in Epistemic and

Emotive Investments in Self-Views», *Cerebral Cortex*, 22, mars 2012, p. 659-667; M. A. Morgan, L. M. Romanski, J. E. LeDoux, «Extinction of Emotional Learning : Contribution of Medial Prefrontal Cortex», *Neuroscience Letters*, 163, 1993, p. 109-113; L. M. Shin, S. L. Rauch et R. K. Pitman, «Amygdala, Medial Prefrontal Cortex, and Hippocampal Function in PTSD», *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1071, n° 1, 2006, p. 67-79; L. M. Williams *et al.*, «Trauma Modulates Amygdala and Medial Prefrontal Responses to Consciously Attended Fear», *NeuroImage*, 29, n° 2, 2006, p. 347-357; M. Koenig et J. Grafman, «Posttraumatic Stress Disorder : The Role of Medial Prefrontal Cortex and Amygdala», *Neuroscientist*, 15, n° 5, 2009, p. 540-548; et M. R. Milad, I. Vidal-Gonzalez et G. J. Quirk, «Electrical Stimulation of Medial Prefrontal Cortex Reduces Conditioned Fear in a Temporally Specific Manner», *Behavioral Neuroscience*, 118, n° 2, 2004, p. 389.

13. B. van der Kolk, «Clinical Implications of Neuroscience Research in PTSD», *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1071, 2006, p. 277-293.

14. P. D. MacLean, *The Triune Brain in Evolution : Role in Paleocerebral Functions*, New York, Springer, 1990.

15. U. Lawrence, *The Power of Trauma : Conquering Posttraumatic Stress Disorder*, iUniverse, 2009.

16. R. Carter et C. D. Frith, *Mapping the Mind*, Berkeley, University of California Press, 1998. Voir aussi : A. Bechara *et al.*, «Insensitivity to Future Consequences Following Damage to Human Prefrontal Cortex», *Cognition*, 50, n° 1, 1994, p. 7-15; A. Pascual-Leone *et al.*, «The Role of the Dorsolateral Prefrontal Cortex in Implicit Procedural Learning», *Experimental Brain Research*, 107, n° 3, 1996, p. 479-485; et S. C. Rao, G. Rainer et E. K. Miller, «Integration of What and Where in the Primate Prefrontal Cortex», *Science*, 276, n° 5313, 1997, p. 821-824.

17. H. S. Duggal, «New-Onset PTSD After Thalamic Infarct», *American Journal of Psychiatry* 159, n° 12, 2002, p. 2113a. Voir aussi : R. A. Lanius *et al.*, «Neural Correlates of Traumatic Memories in Posttraumatic Stress Disorder : A Functional MRI Investigation», *American Journal of Psychiatry*, 158, n° 11, 2001, p. 1920-1922; et I. Liberzon *et al.*, «Alteration of Corticothalamic Perfusion Ratios During a PTSD Flashback», *Depression and Anxiety* 4, n° 3, 1996, p. 146-150.

18. R. Noyes Jr et R. Kletti, «Depersonalization in Response to Life-Threatening Danger», *Comprehensive Psychiatry*, 18, n° 4, 1977, p. 375-384. Voir aussi : M. Sierra et G. E. Berrios, «Depersonalization : Neurobiological Perspectives», *Biological Psychiatry*, 44, n° 9, 1998, p. 898-908.

19. D. Church *et al.*, «Single-Session Reduction of the Intensity of Traumatic Memories in Abused Adolescents After EFT : A Randomized Controlled Pilot

Study», *Traumatology*, 18, n° 3, 2012, p. 73-79; et D. Feinstein et D. Church, «Modulating Gene Expression Through Psychotherapy : The Contribution of Non-Invasive Somatic Interventions», *Review of General Psychology*, 14, n° 4, 2010, p. 283-295. Voir aussi : www.vetcases.com.

5. LES RELATIONS CORPS-ESPRIT

1. C. Darwin, *L'Expression des émotions chez l'homme et les animaux*, traduit de l'anglais par Dominique Férault, Rivages poche, Paris, 2001.

2. C. Darwin, *La Descendance de l'homme. Les facultés mentales de l'homme et des animaux inférieurs*, L'Harmattan, « L'encyclopédie psychologique », Paris, 2006, p. 82.

3. *Ibid.*, p. 26.

4. Ivan Pavlov, *Lectures on Conditioned Reflexes*, NY International Publishers, 1928.

5. *Ibid.*

6. P. Ekman, *Facial Action Coding System : A Technique for the Measurement of Facial Movement*, Palo Alto, CA, Consulting Psychologists Press, 1978. Voir aussi : C. E. Izard, *The Maximally Discriminative Facial Movement Coding System (MAX)*, Newark, DE, University of Delaware Instructional Resource Center, 1979.

7. S. W. Porges, *The Polyvagal Theory : Neurophysiological Foundations of Emotions, Attachment, Communication, and Self-Regulation*, Norton Series on Interpersonal Neurobiology, New York, WW Norton & Company, 2011.

8. C'est le nom qu'ont donné Stephen Porges et Sue Carter au complexe vagal central. http://www.pesi.com/bookstore/A_Neural_Love_Code_The_Body_s_Need_to_Engage_and_Bond-details.aspx.

9. S. S. Tomkins, *Affect, Imagery, Consciousness*, vol. 1, *The Positive Affects*, New York, Springer, 1962; vol. 2, *The Negative Affects*, New York, Springer, 1963.

10. P. Ekman, *Emotions Revealed : Recognizing Faces and Feelings to Improve Communication and Emotional Life*, New York, Macmillan, 2007; P. Ekman, *The Face of Man : Expressions of Universal Emotions in a New Guinea Village*, New York, Garland STPM Press, 1980.

11. Voir, par exemple, B. M. Levinson, « Human/Companion Animal Therapy », *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 14, n° 2, 1984, p. 131-144; D. A. Willis, « Animal Therapy », *Rehabilitation Nursing*, 22, n° 2, 1997, p. 78-81; et A. H. Fine, éd., *Handbook on Animal-Assisted Therapy : Theoretical Foundations and Guidelines for Practice*, Waltham, MA, Academic Press, 2010.

12. P. Ekman, R. W. Levenson et W. V. Friesen, « Autonomic Nervous System Activity Distinguishes Between Emotions », *Science*, 221, 1983, p. 1208-1210.

13. J. H. Jackson, « Evolution and Dissolution of the Nervous System », in *Selected Writings of John Hughlings Jackson*, J. Taylor éd., Londres, Stapes Press, 1958, p. 45-118.

14. Cette analogie avec l'animalerie m'a été suggérée par Porges.

15. S. W. Porges, J. A. Doussard-Roosevelt et A. K. Maiti, « Vagal Tone and the Physiological Regulation of Emotion », in *The Development of Emotion Regulation : Biological and Behavioral Considerations*, N. A. Fox éd., Monographs of the Society for Research in Child Development, vol. 59, 2-3, serial n° 240, 1994, p. 167-186. <http://www.amazon.com/The-Development-Emotion-Regulation-Considerations/dp/0226259404>.

16. V. Felitti *et al.*, « Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults : The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study », *American Journal of Preventive Medicine*, 14, n° 4, 1998, p. 245-258.

17. S. W. Porges, « Orienting in a Defensive World : Mammalian Modifications of Our Evolutionary Heritage : A Polyvagal Theory », *Psychophysiology*, 32, 1995, p. 301-318.

18. B. Van der Kolk, « The Body Keeps the Score : Memory and the Evolving Psychobiology of Posttraumatic Stress », *Harvard Review of Psychiatry*, 1, n° 5, 1994, p. 253-265.

6. PERDRE SON CORPS, PERDRE SON MOI

La citation de Rilke est tirée de : Rilke, *Œuvres 1 : prose*, traduction de Bernard Grasset, Paris, Seuil, 1972.

1. K. L. Walsh *et al.*, « Resiliency Factors in the Relation Between Childhood Sexual Abuse and Adulthood Sexual Assault in College-Age Women », *Journal of Child Sexual Abuse*, 16, n° 1, 2007, p. 1-17.

2. A. C. McFarlane, « The Long Term Costs of Traumatic Stress : Intertwined Physical and Psychological Consequences », *World Psychiatry*, 9, n° 1, p. 2010, p. 3-10.

3. W. James, « What Is an Emotion ? », *Mind*, 9, p. 188-205.

4. R. L. Bluhm *et al.*, « Alterations in Default Network Connectivity in Posttraumatic Stress Disorder Related to Early-Life Trauma », *Journal of Psychiatry & Neuroscience*, 34, n° 3, 2009, p. 187. Voir aussi J. K. Daniels *et al.*, « Switching Between Executive and Default Mode Networks in Posttraumatic Stress Disorder : Alterations in Functional Connectivity », *Journal of Psychiatry & Neuroscience* 35, n° 4, 2010, p. 258.

5. A.R. Damasio, *Le Sentiment même de soi*, Paris, Odile Jacob, 1999. Damasio écrit en réalité : « La conscience a été inventée pour que nous puissions ressentir la vie » (p. 40).

6. *Ibid.*, p. 37-38.

7. *Ibid.*, p. 38.

8. A.R. Damasio, *Le Sentiment même de soi*, *op. cit.*, p. 17.

9. A.R. Damasio, *ibid.*, p. 272.

10. A.R. Damasio *et al.*, « Subcortical and Cortical Brain Activity During the Feeling of Self-Generated Emotions », *Nature Neuroscience*, 3, vol. 10, 2000, p. 1049-1056.

11. A. A. T. S. Reinders *et al.*, « One Brain, Two Selves », *NeuroImage*, 20, 2003, p. 2119-2125. Voir aussi E. R. S. Nijenhuis, O. Van der Hart et K. Steele, « The Emerging Psychobiology of Trauma-Related Dissociation and Dissociative Disorders », *Biological Psychiatry*, vol. 2., H. A. H. D'Haenen, J. A. den Boer et P. Willner éd., West Sussex, UK, Wiley, 2002, p. 1079-1198; J. Parvizi et A. R. Damasio, « Consciousness and the Brain Stem », *Cognition*, 79, 2001, p. 135-159; F. W. Putnam, « Dissociation and Disturbances of Self », *Dysfunctions of the Self*, vol. 5, D. Cicchetti et S. L. Toth éd., Rochester, NY, University of Rochester Press, 1994, p. 251-265; F. W. Putnam, *Dissociation in Children and Adolescents : A Developmental Perspective*, New York, Guilford, 1997.

12. A. D'Argembeau *et al.*, « Distinct Regions of the Medial Prefrontal Cortex Are Associated with Self-Referential Processing and Perspective Taking », *Journal of Cognitive Neuroscience*, 19, n° 6, 2007, p. 935-944. Voir aussi N. A. Farb *et al.*, « Attending to the Present : Mindfulness Meditation Reveals Distinct Neural Modes of Self-Reference », *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 2, n° 4, 2007, p. 313-322; B. K. H. Izel *et al.*, « Investigation of Mindfulness Meditation Practitioners with Voxel-Based Morphometry », *Social Cognitive and Affective Neuroscience* 3, n° 1, 2008, p. 55-61.

13. P. A. Levine, *Healing Trauma : A Pioneering Program for Restoring the Wisdom of Your Body*, Berkeley, CA, North Atlantic Books, 2008; et P. A. Levine, *In an Unspoken Voice : How the Body Releases Trauma and Restores Goodness*, Berkeley, CA, North Atlantic Books, 2010.

14. P. Ogden et K. Minton, « Sensorimotor Psychotherapy : One Method for Processing Traumatic Memory », *Traumatology*, 6, n° 3, 2000, p. 149-173; P. Ogden, K. Minton et C. Pain, *Trauma and the Body : A Sensorimotor Approach to Psychotherapy*, Norton Series on Interpersonal Neurobiology, New York, WW Norton & Company, 2006.

15. D. A. Bakal, *Minding the Body : Clinical Uses of Somatic Awareness*, New York, Guilford Press, 2001.

16. D'innombrables études ont été publiées à ce propos. Un petit échantillon pour en savoir plus : J. Wolfe *et al.*, « Posttraumatic Stress Disorder and War-Zone Exposure as Correlates of Perceived Health in Female Vietnam War Veterans », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, n° 6, 1994, p. 1235-1240; L. A. Zoellner, M. L. Goodwin et E. B. Foa, « PTSD Severity and Health Perceptions in Female Victims of Sexual Assault », *Journal of Traumatic Stress*, 13, n° 4, 2000, p. 635-649; E. M. Sledjeski, B. Speisman et L. C. Dierker, « Does Number of Lifetime Traumas Explain the Relationship Between PTSD and Chronic Medical Conditions? Answers from the National Comorbidity Survey-Replication (NCS-R) », *Journal of Behavioral Medicine*, 31, 2008, p. 341-349; J. A. Boscarino, « Posttraumatic Stress Disorder and Physical Illness : Results from Clinical and Epidemiologic Studies », *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1032, 2004, p. 141-153; M. Cloitre *et al.*, « Posttraumatic Stress Disorder and Extent of Trauma Exposure as Correlates of Medical Problems and Perceived Health Among Women with Childhood Abuse », *Women & Health*, 34, n° 3, 2001, p. 1-17; D. Lauterbach, R. Vora et M. Rakow, « The Relationship Between Posttraumatic Stress Disorder and Self-Reported Health Problems », *Psychosomatic Medicine*, 67, n° 6, 2005, p. 939-947; B. S. McEwen, « Protective and Damaging Effects of Stress Mediators », *New England Journal of Medicine*, 338, n° 3, 1998, p. 171-179; P. P. Schnurr et B. L. Green, *Trauma and Health : Physical Health Consequences of Exposure to Extreme Stress*, Washington, DC, American Psychological Association, 2004.

17. P. K. Trickett, J. G. Noll et F. W. Putnam, « The Impact of Sexual Abuse on Female Development : Lessons from a Multigenerational, Longitudinal Research Study », *Development and Psychopathology*, 23, n° 2, 2011, p. 453.

18. K. Kosten et F. Giller Jr, « Alexithymia as a Predictor of Treatment Response in Posttraumatic Stress Disorder », *Journal of Traumatic Stress*, 5, n° 4, octobre 1992, p. 563-573.

19. G. J. Taylor et R. M. Bagby, « New Trends in Alexithymia Research », *Psychotherapy and Psychosomatics*, 73, n° 2, 2004, p. 68-77.

20. R. D. Lane *et al.*, « Impaired Verbal and Nonverbal Emotion Recognition in Alexithymia », *Psychosomatic Medicine*, 58, n° 3, 1996, p. 203-210.

21. H. Krystal et J. H. Krystal, *Integration and Self-Healing : Affect, Trauma, Alexithymia*, New York, Analytic Press, 1988.

22. P. Frewen *et al.*, « Clinical and Neural Correlates of Alexithymia in Posttraumatic Stress Disorder », *Journal of Abnormal Psychology*, 117, n° 1, 2008, p. 171-181.

23. D. Finkelhor, R. K. Ormrod et H. A. Turner, « Re-Victimization Patterns in a National Longitudinal Sample of Children and Youth », *Child*

Abuse & Neglect, 31, n° 5, 2007, p. 479-502; J. A. Schumm, S. E. Hobfoll et N. J. Keogh, « Revictimization and Interpersonal Resource Loss Predicts PTSD Among Women in Substance-Use Treatment », *Journal of Traumatic Stress*, 17, n° 2, 2004, p. 173-181; J. D. Ford, J. D. Elhai, D. F. Connor et B. C. Frueh, « Poly-Victimization and Risk of Posttraumatic, Depressive, and Substance Use Disorders and Involvement in Delinquency in a National Sample of Adolescents », *Journal of Adolescent Health*, 46, n° 6, 2010, p. 545-552.

24. P. Schilder, « Depersonalization », in *Introduction to a Psychoanalytic Psychiatry*, New York, International Universities Press, 1952, p. 120.

25. S. Arzy *et al.*, « Neural Mechanisms of Embodiment : Asomatognosia Due to Premotor Cortex Damage », *Archives of Neurology*, 63, n° 7, 2006, p. 1022-1025. Voir aussi : S. Arzy *et al.*, « Induction of an Illusory Shadow Person », *Nature*, 443, n° 7109, 2006, p. 287; S. Arzy *et al.*, « Neural Basis of Embodiment : Distinct Contributions of Temporoparietal Junction and Extrastriate Body Area », *Journal of Neuroscience*, 26, n° 31, 2006, p. 8074-8081; O. Blanke *et al.*, « Out-of-Body Experience and Autoscapy of Neurological Origin », *Brain*, 127, partie 2, 2004, p. 243-258; et M. Sierra *et al.*, « Unpacking the Depersonalization Syndrome : An Exploratory Factor Analysis on the Cambridge Depersonalization Scale », *Psychological Medicine*, 35, 2005, p. 1523-1532.

26. A. A. T. Reinders *et al.*, « Psychobiological Characteristics of Dissociative Identity Disorder : A Symptom Provocation Study », *Biological Psychiatry*, 60, n° 7, 2006, p. 730-740.

27. Dans son ouvrage *Focusing*, Eugene Gendlin propose le terme « ressenti corporel » : « Un ressenti corporel n'est pas une expérience mentale, mais physique. La conscience physique d'une situation, d'une personne ou d'un événement. » *Focusing*, New York, Random House Digital, 1982.

28. C. Steuwe *et al.*, « Effect of Direct Eye Contact in PTSD Related to Interpersonal Trauma : An fMRI Study of Activation of an Innate Alarm System », *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 9, n° 1, janvier 2012, p. 88-97.

III. L'ESPRIT DES ENFANTS

7. SE METTRE SUR LA MÊME LONGUEUR D'ONDE : L'ATTACHEMENT ET L'ACCORDAGE

1. N. Murray, E. Koby, et B. van der Kolk, « The Effects of Abuse on Children's Thoughts », chap. 4, in *Psychological Trauma*, Washington, DC, American Psychiatric Press, 1987.

2. La psychologue Mary Main, connue pour ses travaux sur la théorie de l'attachement, raconta à des enfants âgés de six ans l'histoire d'un enfant dont la mère s'en va en leur demandant d'imaginer la suite. La plupart de ceux qui, dans leur petite enfance, avaient eu des relations sécurisantes avec leur mère échafaudèrent une suite inventive et à la fin heureuse, tandis que ceux chez qui, cinq ans plus tôt, avaient été diagnostiqués des troubles de l'attachement eurent tendance à élaborer une fiction catastrophique, avec des réponses effrayées telles que : « Les parents mourront » ou « L'enfant se tuera ». In M. Main, N. Kaplan et J. Cassidy, « Security in Infancy, Childhood, and Adulthood : A Move to the Level of Representation », *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 1985.

3. J. Bowlby, *Attachment and Loss*, vol. 1, *Attachment*, New York, Random House, 1969; vol. 2, *Separation : Anxiety and Anger*, New York, Penguin, 1975; vol. 3, *Loss : Sadness and Depression*, New York, Basic, 1980; J. Bowlby, « The Nature of the Child's Tie to His Mother », *International Journal of Psycho-Analysis*, 39, n° 5, 1958, p. 350-373.

4. C. Trevarthen, « Musicality and the Intrinsic Motive Pulse : Evidence from Human Psychobiology and Rhythms, Musical Narrative, and the Origins of Human Communication », *Muisae Scientiae*, numéro spécial, 1999, p. 157-213.

5. A. Gopnik et A. N. Meltzoff, *Words, Thoughts, and Theories*, Cambridge, MA, MIT Press, 1997; A. N. Meltzoff et M. K. Moore, « Newborn Infants Imitate Adult Facial Gestures », *Child Development*, 54, n° 3, juin 1983, p. 702-709; A. Gopnik, A. N. Meltzoff et P. K. Kuhl, *The Scientist in the Crib : Minds, Brains, and How Children Learn*, New York, HarperCollins, 2009.

6. E. Z. Tronick, « Emotions and Emotional Communication in Infants », *American Psychologist*, 44, n° 2, 1989, p. 112. Voir aussi : E. Tronick, *The Neurobehavioral and Social-Emotional Development of Infants and Children*, New York, W. W. Norton & Company, 2007; E. Tronick et M. Beeghly, « Infants' Meaning-Making and the Development of Mental Health Problems », *American Psychologist*, 66, n° 2, 2011, p. 107; et A. V. Sraivish *et al.*, « Dyadic Flexibility During the Face-to-Face Still-Face Paradigm : A Dynamic Systems Analysis of Its Temporal Organization », *Infant Behavior and Development*, 36, n° 3, 2013, p. 432-437.

7. M. Main, « Overview of the Field of Attachment », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, n° 2, 1996, p. 237-243.

8. D. W. Winnicott, *Jeu et réalité, l'espace potentiel*, Paris, Gallimard, « Folio Essais », 1975. Voir aussi : D. W. Winnicott, « The Maturation Processes and the Facilitating Environment » (1965); et D. W. Winnicott, *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot, « Sciences humaines », 1989.

9. Comme nous l'avons vu au chapitre 6, et comme Damasio l'a démontré, ce sens de réalité intérieur s'enracine, au moins en partie, dans l'insula, structure cérébrale qui joue un rôle central dans la communication corps-esprit, une structure qui se trouve souvent détériorée dans les histoires de trauma chronique.

10. D. W. Winnicott, « La mère ordinaire normalement dévouée », in *La Mère suffisamment bonne*, Paris, Payot, « Petite Bibliothèque », 2006.

11. S. D. Pollak *et al.*, « Recognizing Emotion in Faces : Developmental Effects of Child Abuse and Neglect », *Developmental Psychology*, 36, n° 5, 2000, p. 679.

12. P. M. Crittenden, « Peering into the Black Box : An Exploratory Treatise on the Development of Self in Young Children », Rochester Symposium on Developmental Psychopathology, vol. 5, *Disorders and Dysfunctions of the Self*, D. Cicchetti et S. L. Toth éd., Rochester, NY, University of Rochester Press, 1994, p. 79 ; P. M. Crittenden et A. Landini, *Assessing Adult Attachment : A Dynamic-Maturational Approach to Discourse Analysis*, New York, W. W. Norton & Company, 2011.

13. P. M. Crittenden, « Children's Strategies for Coping with Adverse Home Environments : An Interpretation Using Attachment Theory », *Child Abuse & Neglect*, 16, n° 3, 1992, p. 329-343.

14. M. Main, art. cité, 1996.

15. *Ibid.*

16. *Ibid.*

17. E. Hesse et M. Main, « Frightened, Threatening, and Dissociative Parental Behavior in Low-Risk Samples : Description, Discussion, and Interpretations », *Development and Psychopathology*, 18, n° 2, 2006, p. 309-343. Voir aussi E. Hesse et M. Main, « Disorganized Infant, Child, and Adult Attachment : Collapse in Behavioral and Attentional Strategies », *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 48, n° 4, 2000, p. 1097-1127.

18. M. Main, « Overview of the Field of Attachment », art. cité, 1996.

19. E. Hesse et M. Main, art. cité, 2000, p. 310.

20. Nous avons examiné cette question du point de vue biologique quand nous avons parlé de l'« immobilisation sans crainte » au chapitre 5. S. W. Porges, « Orienting in a Defensive World : Mammalian Modifications of Our Evolutionary Heritage : A Polyvagal Theory », *Psychophysiology*, 32, 1995, p. 301-318.

21. M. H. van Ijzendoorn, C. Schuengel et M. Bakermans-Kranenburg, « Disorganized Attachment in Early Childhood : Meta-analysis of Precursors, Concomitants, and Sequelae », *Development and Psychopathology*, 11, 1999, p. 225-249.

22. *Ibid.*

23. N. W. Boris, M. Fueyo et C. H. Zeanah, « The Clinical Assessment of Attachment in Children Under Five », *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36, n° 2, 1997, p. 291-293; K. Lyons-Ruth, « Attachment Relationships Among Children with Aggressive Behavior Problems : The Role of Disorganized Early Attachment Patterns », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, n° 1, 1996, p. 64.

24. S. W. Porges *et al.*, « Infant Regulation of the Vagal "Brake" Predicts Child Behavior Problems : A Psychobiological Model of Social Behavior », *Developmental Psychobiology*, 29, n° 8, 1996, p. 697-712.

25. L. Hertsgaard *et al.*, « Adrenocortical Responses to the Strange Situation in Infants with Disorganized/Disoriented Attachment Relationships », *Child Development*, 66, n° 4, 1995, p. 1100-1106; G. Spangler et K. E. Grossmann, « Biobehavioral Organization in Securely and Insecurely Attached Infants », *Child Development*, 64, n° 5, 1993, p. 1439-1450.

26. M. Main et E. Hesse, art. cité, 2000.

27. M. H. van Ijzendoorn *et al.*, « Disorganized Attachment in Early Childhood », *op. cit.*

28. B. Beebe et F. M. Lachmann, *Infant Research and Adult Treatment : Co-constructing Interactions*, New York, Routledge, 2013; B. Beebe, F. Lachmann et J. Jaffe, « Mother-Infant Interaction Structures and Presymbolic Self- and Object Representations », *Psychoanalytic Dialogues*, 7, n° 2, 1997, p. 133-182.

29. R. Yehuda *et al.*, « Vulnerability to Posttraumatic Stress Disorder in Adult Offspring of Holocaust Survivors », *American Journal of Psychiatry*, 155, n° 9, 1998, p. 1163-1171. Voir aussi : R. Yehuda *et al.*, « Relationship Between Posttraumatic Stress Disorder Characteristics of Holocaust Survivors and Their Adult Offspring », *American Journal of Psychiatry*, 155, n° 6, 1998, p. 841-843; R. Yehuda *et al.*, « Parental Posttraumatic Stress Disorder as a Vulnerability Factor for Low Cortisol Trait in Offspring of Holocaust Survivors », *Archives of General Psychiatry*, 64, n° 9, 2007, p. 1040; et R. Yehuda *et al.*, « Maternal, Not Paternal, PTSD Is Related to Increased Risk for PTSD in Offspring of Holocaust Survivors », *Journal of Psychiatric Research*, 42, n° 13, 2008, p. 1104-1111.

30. R. Yehuda *et al.*, « Transgenerational Effects of PTSD in Babies of Mothers Exposed to the WTC Attacks During Pregnancy », *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 90, 2005, p. 4115-4118.

31. G. Saxe *et al.*, « Relationship Between Acute Morphine and the Course of PTSD in Children with Burns », *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40, n° 8, 2001, p. 915-921. Voir aussi : G. N. Saxe *et*

al., « Pathways to PTSD, Part I : Children with Burns », *American Journal of Psychiatry*, 162, n° 7, 2005, p. 1299-1304.

32. C. M. Chemtob, Y. Nomura et R. A. Abramovitz, « Impact of Conjoined Exposure to the World Trade Center Attacks and to Other Traumatic Events on the Behavioral Problems of Preschool Children », *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 162, n° 2, 2008, p. 126. Voir aussi : P. J. Landrigan et al., « Impact of September 11 World Trade Center Disaster on Children and Pregnant Women », *Mount Sinai Journal of Medicine*, 75, n° 2, 2008, p. 129-134.

33. D. Finkelhor, R. K. Ormrod et H. A. Turner, « Polyvictimization and Trauma in a National Longitudinal Cohort », *Development and Psychopathology*, 19, n° 1, 2007, p. 149-166; J. D. Ford et al., « Poly-Victimization and Risk of Posttraumatic, Depressive, and Substance Use Disorders and Involvement in Delinquency in a National Sample of Adolescents », *Journal of Adolescent Health*, 46, n° 6, 2010, p. 545-552; J. D. Ford et al., « Clinical Significance of a Proposed Development Trauma Disorder Diagnosis : Results of an International Survey of Clinicians », *Journal of Clinical Psychiatry*, 74, n° 8, 2013, p. 841-849.

34. Family Pathways Project, [http:// www.challiance.org/ academics/ familypathwaysproject.aspx](http://www.challiance.org/academics/familypathwaysproject.aspx).

35. K. Lyons-Ruth et D. Block, « The Disturbed Caregiving System : Relations Among Childhood Trauma, Maternal Caregiving, and Infant Affect and Attachment », *Infant Mental Health Journal*, 17, n° 3, 1996, p. 257-275.

36. K. Lyons-Ruth, « The Two-Person Construction of Defenses : Disorganized Attachment Strategies, Unintegrated Mental States, and Hostile/Helpless Relational Processes », *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy*, 2, 2003, p. 105.

37. G. Whitmer, « On the Nature of Dissociation », *Psychoanalytic Quarterly*, 70, n° 4, 2001, p. 807-837. Voir aussi K. Lyons-Ruth, « The Two-Person Construction of Defenses : Disorganized Attachment Strategies, Unintegrated Mental States, and Hostile/Helpless Relational Processes », *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy*, 2, n° 4, 2002, p. 107-119.

38. M. S. Ainsworth et J. Bowlby, « An Ethological Approach to Personality Development », *American Psychologist*, 46, n° 4, avril 1991, p. 333-341.

39. K. Lyons-Ruth et D. Jacobvitz, 1999; M. Main, 1993; K. Lyons-Ruth, « Dissociation and the Parent-Infant Dialogue : A Longitudinal Perspective from Attachment Research », *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 51, n° 3, 2003, p. 883-911.

40. L. Dutra et al., « Quality of Early Care and Childhood Trauma : A Prospective Study of Developmental Pathways to Dissociation », *Journal of Nervous and Mental Disease*, 197, n° 6, 2009, p. 383. Voir aussi K. Lyons-Ruth

et al., « Borderline Symptoms and Suicidality/Self-Injury in Late Adolescence : Prospectively Observed Relationship Correlates in Infancy and Childhood », *Psychiatry Research*, 206, n° 2-3, 30 avril 2013, p. 273-281.

41. Pour une méta-analyse des contributions relatives à l'« attachement désorganisé » et à la maltraitance infantile, voir C. Schuengel *et al.*, « Frightening Maternal Behavior Linking Unresolved Loss and Disorganized Infant Attachment », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, n° 1, 1999, p. 54.

42. K. Lyons-Ruth et D. Jacobvitz, « Attachment Disorganization : Genetic Factors, Parenting Contexts, and Developmental Transformation from Infancy to Adulthood », in *Handbook of Attachment : Theory, Research, and Clinical Applications*, 2^e éd., J. Cassidy et R. Shaver éd., New York, Guilford Press, 2008, p. 666-697. Voir aussi E. O'Connor *et al.*, « Risks and Outcomes Associated with Disorganized/Controlling Patterns of Attachment at Age Three Years in the National Institute of Child Health & Human Development Study of Early Child Care and Youth Development », *Infant Mental Health Journal*, 32, n° 4, 2011, p. 450-472; et K. Lyons-Ruth *et al.*, « Borderline Symptoms and Suicidality/Self-Injury ».

43. À l'heure actuelle, nous n'avons que peu d'informations sur les facteurs qui affectent l'évolution de ces anomalies précoces de la régulation, mais des événements de vie, la qualité d'autres relations et peut-être même des facteurs génétiques sont susceptibles de les modifier au fil du temps. Il est évidemment essentiel d'étudier à quel degré un exercice cohérent et soutenant de la parentalité à l'égard d'enfants ayant été très tôt abusés et négligés est susceptible de réordonner les systèmes biologiques.

44. E. Warner *et al.*, « Can the Body Change the Score ? Application of Sensory Modulation Principles in the Treatment of Traumatized Adolescents in Residential Settings », *Journal of Family Violence*, 28, n° 7, 2003, p. 729-738.

8. DES RELATIONS PIÉGÉES PAR LES SÉVICES ET L'ABANDON

1. W. H. Auden, *The Double Man*, New York, Random House, 1941.

2. S. N. Wilson *et al.*, « Phenotype of Blood Lymphocytes in PTSD Suggests Chronic Immune Activation », *Psychosomatics*, 40, n° 3, 1999, p. 222-225. Voir aussi : M. Uddin *et al.*, « Epigenetic and Immune Function Profiles Associated with Posttraumatic Stress Disorder », *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 107, n° 20, 2010, p. 9470-9475; M. Altemus, M. Cloitre et F. S. Dhabhar, « Enhanced Cellular Immune

Response in Women with PTSD Related to Childhood Abuse», *American Journal of Psychiatry*, 160, n° 9, 2003, p. 1705-1707 ; et N. Kawamura, Y. Kim et N. Asukai, « Suppression of Cellular Immunity in Men with a Past History of Posttraumatic Stress Disorder », *American Journal of Psychiatry*, 158, n° 3, 2001, p. 484-486.

3. Une étude IRMf de l'université de Lausanne en Suisse a montré que, lors des expériences hors corps, quand les sujets se regardent eux-mêmes depuis le plafond, le cortex temporal supérieur de leur cerveau est activé. O. Blanke *et al.*, « Linking Out-of-Body Experience and Self Processing to Mental Own-Body Imagery at the Temporoparietal Junction », *Journal of Neuroscience*, 25, n° 3, 2005, p. 550-557. Voir aussi : O. Blanke et T. Metzinger, « Full-Body Illusions and Minimal Phenomenal Selfhood », *Trends in Cognitive Sciences*, 13, n° 1, 2009, p. 7-13.

4. Quand un adulte utilise un enfant pour se satisfaire sexuellement, l'enfant est invariablement pris dans une situation confuse et un conflit de loyauté : en divulguant l'abus dont il est victime, il trahit le criminel (qui peut être un adulte dont il dépend pour sa sécurité et sa protection) et lui nuit, mais en le cachant il accroît sa honte et sa vulnérabilité. Le premier à énoncer ce dilemme a été Sándor Ferenczi lors d'une conférence en 1932. Voir S. Ferenczi, *Confusion de langue entre les adultes et l'enfant*, Paris, Payot, « Petite Bibliothèque », 2016.

9. ET L'AMOUR DANS TOUT ÇA ?

1. R. Summit, « The Child Sexual Abuse Accommodation Syndrome », *Child Abuse & Neglect*, 7, 1983, p. 177-193.

2. G. Greenberg, *The Book of Woe : The DSM and the Unmaking of Psychiatry*, New York, Penguin, 2013.

3. <http://www.thefreedictionary.com/diagnosis>.

4. Le questionnaire peut être consulté sur www.traumacenter.org/products/instruments.php.

5. J. L. Herman, J. C. Perry et B. A. van der Kolk, « Childhood Trauma in Borderline Personality Disorder », *American Journal of Psychiatry*, 146, n° 4, avril 1989, p. 490-495.

6. M. H. Teicher a relevé des changements significatifs dans le cortex orbito-frontal (OF), une région du cerveau impliquée dans la prise de décision et dans la régulation du comportement concernant la sensibilité aux demandes sociales. M. H. Teicher *et al.*, « The Neurobiological Consequences of Early Stress and Childhood Maltreatment », *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*,

27, n° 1, 2003, p. 33-44. Voir aussi : M. H. Teicher, « Scars That Won't Heal : The Neurobiology of Child Abuse », *Scientific American*, 286, n° 3, 2002, p. 54-61 ; M. Teicher *et al.*, « Sticks, Stones, and Hurtful Words : Relative Effects of Various Forms of Childhood Maltreatment », *American Journal of Psychiatry*, 163, n° 6, 2006, p. 993-1000 ; A. Bechara *et al.*, « Insensitivity to Future Consequences Following Damage to Human Prefrontal Cortex », *Cognition*, 50, 1994, p. 7-15. Une détérioration de cette zone du cerveau aboutit à un comportement verbal grossier, des interactions sociales pauvres, une dépendance au jeu, à l'alcool et à l'usage de drogues, et à une faible capacité d'empathie. M. L. Kringelbach et E. T. Rolls, « The Functional Neuroanatomy of the Human Orbitofrontal Cortex : Evidence from Neuroimaging and Neuropsychology », *Progress in Neurobiology*, 72, 2004, p. 341-372. L'autre zone cérébrale problématique identifiée par Teicher était le précuneus, impliqué dans la compréhension de soi-même et la capacité à considérer ses perceptions comme différentes de celles des autres. A. E. Cavanna et M. R. Trimble, « The Precuneus : A Review of Its Functional Anatomy and Behavioural Correlates », *Brain*, 129, 2006, p. 564-583.

7. S. Roth *et al.*, « Complex PTSD in Victims Exposed to Sexual and Physical Abuse : Results from the DSM-IV Field Trial for Posttraumatic Stress Disorder », *Journal of Traumatic Stress*, 10, 1997, p. 539-555 ; B. A. van der Kolk *et al.*, « Dissociation, Somatization, and Affect Dysregulation : The Complexity of Adaptation to Trauma », *American Journal of Psychiatry*, 153, 1996, p. 83-93 ; D. Pelcovitz *et al.*, « Development of a Criteria Set and a Structured Interview for Disorders of Extreme Stress (SIDES) », *Journal of Traumatic Stress*, 10, 1997, p. 3-16 ; S. N. Ogata *et al.*, « Childhood Sexual and Physical Abuse in Adult Patients with Borderline Personality Disorder », *American Journal of Psychiatry*, 147, 1990, p. 1008-1013 ; M. C. Zanarini *et al.*, « Axis I Comorbidity of Borderline Personality Disorder », *American Journal of Psychiatry*, 155, n° 12, décembre 1998, p. 1733-1739 ; S. L. Shearer *et al.*, « Frequency and Correlates of Childhood Sexual and Physical Abuse Histories in Adult Female Borderline Inpatients », *American Journal of Psychiatry*, 147, 1990, p. 214-216 ; D. Westen *et al.*, « Physical and Sexual Abuse in Adolescent Girls with Borderline Personality Disorder », *American Journal of Orthopsychiatry*, 60, 1990, p. 55-66 ; M. C. Zanarini *et al.*, « Reported Pathological Childhood Experiences Associated with the Development of Borderline Personality Disorder », *American Journal of Psychiatry*, 154, 1997, p. 1101-1106.

8. A. Sroufe, B. Egeland, E. A. Carlson, W. A. Collins, *The Development of the Person: the Minnesota Study of Risk and Adaptation*, NY, The Guilford Press, 2005, p. 266.

9. J. Bowlby, « Savoir ce que l'on n'est pas censé savoir et ressentir ce que l'on n'est pas censé ressentir », in *Le Lien, la psychanalyse et l'art d'être parent*, traduit de l'anglais par Y. Wiart, Albin Michel, 2011, p. 157.

10. B. van der Kolk, J. C. Perry et J. L. Herman, « Childhood Origins of Self-Destructive Behavior », *American Journal of Psychiatry*, 148, 1991, p. 1665-1671.

11. Cette notion a trouvé confirmation dans le travail du neuroscientifique Jaak Panksepp : il a constaté que les jeunes rats qui n'ont pas été léchés par leurs mamans pendant la première semaine de leur vie n'ont pas développé de récepteurs opioïdes dans le cortex cingulaire antérieur, une partie du cerveau associée à l'affiliation et à un sentiment de sécurité. Voir E. E. Nelson et J. Panksepp, « Brain Substrates of Infant-Mother Attachment : Contributions of Opioids, Oxytocin, and Norepinephrine », *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 22, n° 3, 1998, p. 437-452. Voir aussi J. Panksepp *et al.*, « Endogenous Opioids and Social Behavior », *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 4, n° 4, 1981, p. 473-487 ; et J. Panksepp, E. Nelson et S. Siviy, « Brain Opioids and Mother-Infant Social Motivation », *Acta paediatrica*, 83, n° 397, 1994, p. 40-46.

12. La délégation comprenait aussi Judy Herman, Jim Chu et David Pelcovitz.

13. B. van der Kolk *et al.*, « Disorders of Extreme Stress : The Empirical Foundation of a Complex Adaptation to Trauma », *Journal of Traumatic Stress*, 18, n° 5, 2005, p. 389-399. Voir aussi : J. L. Herman, « Complex PTSD : A Syndrome in Survivors of Prolonged and Repeated Trauma », *Journal of Traumatic Stress*, 5, n° 3, 1992, p. 377-391 ; C. Zlotnick *et al.*, « The Long-Term Sequelae of Sexual Abuse : Support for a Complex Posttraumatic Stress Disorder », *Journal of Traumatic Stress*, 9, n° 2, 1996, p. 195-205 ; S. Roth *et al.*, « Complex PTSD in Victims Exposed to Sexual and Physical Abuse : Results from the DSM-IV Field Trial for Posttraumatic Stress Disorder », *Journal of Traumatic Stress*, 10, n° 4, 1997, p. 539-555 ; et D. Pelcovitz *et al.*, « Development and Validation of the Structured Interview for Measurement of Disorders of Extreme Stress », *Journal of Traumatic Stress*, 10, 1997, p. 3-16.

14. B. C. Stolbach *et al.*, « Complex Trauma Exposure and Symptoms in Urban Traumatized Children : A Preliminary Test of Proposed Criteria for Developmental Trauma Disorder », *Journal of Traumatic Stress*, 26, n° 4, août 2013, p. 483-491.

15. B. van der Kolk *et al.*, « Dissociation, Somatization and Affect Dysregulation : The Complexity of Adaptation to Trauma », *American Journal of Psychiatry*, 153, suppl., 1996, p. 83-93. Voir aussi : D. G. Kilpatrick *et al.*, « Posttraumatic Stress Disorder Field Trial : Evaluation of the PTSD Construct – Criteria A Through E », in *DSM-IV Sourcebook*, vol. 4, Washington, DC, American Psychiatric Press, 1998, p. 803-844 ; T. Luxenberg, J. Spinazzola et

B. van der Kolk, «Complex Trauma and Disorders of Extreme Stress (DESNOS) Diagnosis, Part One : Assessment», *Directions in Psychiatry*, 21, n° 25, 2001, p. 373-392; et B. A. van der Kolk *et al.*, «Disorders of Extreme Stress : The Empirical Foundation of a Complex Adaptation to Trauma», *Journal of Traumatic Stress*, 18, n° 5, 2005, p. 389-399.

16. Ces questions sont consultables sur le site Internet de l'ACE Study (Adverse Childhood Experiences Study) : <http://acestudy.org/>.

17. <http://www.cdc.gov/ace/findings.htm>; <http://acestudy.org/download>; V. Felitti *et al.*, «Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults : The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study», *American Journal of Preventive Medicine*, 14, n° 4, 1998, p. 245-258. Voir aussi R. Reading, «The Enduring Effects of Abuse and Related Adverse Experiences in Childhood : A Convergence of Evidence from Neurobiology and Epidemiology», *Child : Care, Health and Development*, 32, n° 2, 2006, p. 253-256; V. J. Edwards *et al.*, «Experiencing Multiple Forms of Childhood Maltreatment and Adult Mental Health : Results from the Adverse Childhood Experiences (ACE) Study», *American Journal of Psychiatry*, 160, n° 8, 2003, p. 1453-1460; S. R. Dube *et al.*, «Adverse Childhood Experiences and Personal Alcohol Abuse as an Adult», *Addictive Behaviors*, 27, n° 5, 2002, p. 713-725; S. R. Dube *et al.*, «Childhood Abuse, Neglect, and Household Dysfunction and the Risk of Illicit Drug Use : The Adverse Childhood Experiences Study», *Pediatrics*, 111, n° 3, 2003, p. 564-572.

18. S. A. Strassels, «Economic Burden of Prescription Opioid Misuse and Abuse», *Journal of Managed Care Pharmacy*, 15, n° 7, 2009, p. 556-562.

19. C. B. Nemeroff *et al.*, «Differential Responses to Psychotherapy Versus Pharmacotherapy in Patients with Chronic Forms of Major Depression and Childhood Trauma», *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 100, n° 24, 2003, p. 14293-14296. Voir aussi : C. Heim, P. M. Plotsky et C. B. Nemeroff, «Importance of Studying the Contributions of Early Adverse Experience to Neurobiological Findings in Depression», *Neuropsychopharmacology*, 29, n° 4, 2004, p. 641-648.

20. B. E. Carlson, «Adolescent Observers of Marital Violence», *Journal of Family Violence*, 5, n° 4, 1990, p. 285-299. Voir aussi B. E. Carlson, «Children's Observations of Interparental Violence», in *Battered Women and Their Families*, A. R. Roberts éd., New York, Springer, 1984, 147-167; J. L. Edleson, «Children's Witnessing of Adult Domestic Violence», *Journal of Interpersonal Violence*, 14, n° 8, 1999, p. 839-870; K. Henning *et al.*, «Long-Term Psychological and Social Impact of Witnessing Physical Conflict Between Parents», *Journal of Interpersonal Violence*, 11, n° 1, 1996, p. 35-51;

E. N. Jouriles, C. M. Murphy et D. O'Leary, « Interpersonal Aggression, Marital Discord, and Child Problems », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, n° 3, 1989, p. 453-455; J. R. Kolko, E. H. Blakely et D. Engelman, « Children Who Witness Domestic Violence : A Review of Empirical Literature », *Journal of Interpersonal Violence*, 11, n° 2, 1996, p. 281-293; et J. Wolak et D. Finkelhor, « Children Exposed to Partner Violence », in *Partner Violence : A Comprehensive Review of 20 Years of Research*, J. L. Jasinski et L. Williams éd., Thousand Oaks, CA, Sage, 1998.

21. La majeure partie de ces déclarations sont fondées sur des conversations avec Vincent Felitti, complétées par J. E. Stevens, « The Adverse Childhood Experiences Study – the Largest Public Health Study You Never Heard Of », *Huffington Post*, 8 octobre 2012, http://www.huffingtonpost.com/jane-ellen-stevens/the-adverse-childhood-exp_1_b_1943647.html.

22. Risque attribuable à une population : pourcentage de personnes dans une population dont les problèmes peuvent être attribués aux facteurs de risque spécifiques.

23. National Cancer Institute, « Nearly 800,000 Deaths Prevented Due to Declines in Smoking » (communiqué de presse), mars 14, 2012, consultable sur <http://www.cancer.gov/newscenter/newsfromnci/2012/TobaccoControlCISNET>.

10. LE TRAUMATISME DÉVELOPPEMENTAL : L'ÉPIDÉMIE CACHÉE

1. Ces cas sont tirés de l'essai de terrain sur le TDA mené conjointement par Julian Ford, Joseph Spinazzola et l'auteur.

2. H. J. Williams, M. J. Owen et M. C. O'Donovan, « Schizophrenia Genetics : New Insights from New Approaches », *British Medical Bulletin*, 91, 2009, p. 61-74. Voir aussi P. V. Gejman, A. R. Sanders et K. S. Kendler, « Genetics of Schizophrenia : New Findings and Challenges », *Annual Review of Genomics and Human Genetics*, 12, 2011, p. 121-144; et A. Sanders *et al.*, « No Significant Association of 14 Candidate Genes with Schizophrenia in a Large European Ancestry Sample : Implications for Psychiatric Genetics », *American Journal of Psychiatry*, 165, n° 4, avril 2008, p. 497-506.

3. R. Yehuda *et al.*, « Putative Biological Mechanisms for the Association Between Early Life Adversity and the Subsequent Development of PTSD », *Psychopharmacology*, 212, n° 3, octobre 2010, p. 405-417; K. C. Koenen, « Genetics of Posttraumatic Stress Disorder : Review and Recommendations for Future Studies », *Journal of Traumatic Stress*, 20, n° 5, octobre 2007, p. 737-750; M. W. Gilbertson *et al.*, « Smaller Hippocampal Volume Predicts Pathologic

Vulnerability to Psychological Trauma », *Nature Neuroscience*, 5, 2002, p. 1242-1247.

4. K. C. Koenen, « Genetics of Posttraumatic Stress Disorder », *op. cit.* Voir aussi R. F. P. Broekman, M. Olf et F. Boer, « The Genetic Background to PTSD », *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 31, n° 3, 2007, p. 348-362.

5. M. J. Meaney et A. C. Ferguson-Smith, « Epigenetic Regulation of the Neural Transcriptome : The Meaning of the Marks », *Nature Neuroscience*, 13, n° 11, 2010, p. 1313-1318. Voir aussi : M. J. Meaney, « Epigenetics and the Biological Definition of Gene x Environment Interactions », *Child Development*, 81, n° 1, 2010, p. 41-79; et B. M. Lester *et al.*, « Behavioral Epigenetics », *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1226, n° 1, 2011, p. 14-33.

6. M. Szyf, « The Early Life Social Environment and DNA Methylation : DNA Methylation Mediating the Long-Term Impact of Social Environments Early in Life », *Epigenetics*, 6, n° 8, 2011, p. 971-978.

7. M. Szyf, P. McGowan et M. J. Meaney, « The Social Environment and the Epigenome », *Environmental and Molecular Mutagenesis*, 49, n° 1, 2008, p. 46-60.

8. Il existe maintenant des preuves multiples que les expériences de vie de toute sorte modifient l'expression génétique. Quelques exemples : D. Mehta *et al.*, « Childhood Maltreatment Is Associated with Distinct Genomic and Epigenetic Profiles in Posttraumatic Stress Disorder », *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 110, n° 20, 2013, p. 8302-8307; P. O. McGowan *et al.*, « Epigenetic Regulation of the Glucocorticoid Receptor in Human Brain Associates with Childhood Abuse », *Nature Neuroscience*, 12, n° 3, 2009, p. 342-348; M. N. Davies *et al.*, « Functional Annotation of the Human Brain Methylome Identifies Tissue-Specific Epigenetic Variation Across Brain and Blood », *Genome Biology*, 13, n° 6, 2012, p. R43; M. Gunnar et K. Quevedo, « The Neurobiology of Stress and Development », *Annual Review of Psychology*, 58, 2007, p. 145-173; A. Sommershof *et al.*, « Substantial Reduction of Naïve and Regulatory T Cells Following Traumatic Stress », *Brain, Behavior, and Immunity*, 23, n° 8, 2009, p. 1117-1124; N. Provençal *et al.*, « The Signature of Maternal Rearing in the Methylome in Rhesus Macaque Prefrontal Cortex and T Cells », *Journal of Neuroscience*, 32, n° 44, 2012, p. 15626-15642; B. Labonté *et al.*, « Genome-wide Epigenetic Regulation by Early-Life Trauma », *Archives of General Psychiatry*, 69, n° 7, 2012, p. 722-731; A. K. Smith *et al.*, « Differential Immune System DNA Methylation and Cytokine Regulation in Posttraumatic Stress Disorder », *American Journal of Medical Genetics, Part B : Neuropsychiatric Genetics*, 156B, n° 6, 2011, p. 700-708; M. Uddin *et al.*, « Epigenetic and Immune Function Profiles Associated with Posttraumatic

Stress Disorder », *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 107, n° 20, 2010, p. 9470-9475.

9. C. S. Barr *et al.*, « The Utility of the Non-human Primate Model for Studying Gene by Environment Interactions in Behavioral Research », *Genes, Brain and Behavior*, 2, n° 6, 2003, p. 336-340.

10. A. J. Bennett *et al.*, « Early Experience and Serotonin Transporter Gene Variation Interact to Influence Primate CNS Function », *Molecular Psychiatry*, 7, n° 1, 2002, p. 118-22. Voir aussi : C. S. Barr *et al.*, « Interaction Between Serotonin Transporter Gene Variation and Rearing Condition in Alcohol Preference and Consumption in Female Primates », *Archives of General Psychiatry*, 61, n° 11, 2004, p. 1146; et C. S. Barr *et al.*, « Serotonin Transporter Gene Variation Is Associated with Alcohol Sensitivity in Rhesus Macaques Exposed to Early-Life Stress », *Alcoholism : Clinical and Experimental Research*, 27, n° 5, 2003, p. 812-817.

11. A. Roy *et al.*, « Interaction of FKBP5, a Stress-Related Gene, with Childhood Trauma Increases the Risk for Attempting Suicide », *Neuropsychopharmacology*, 35, n° 8, 2010, p. 1674-1683. Voir aussi M. A. Enoch *et al.*, « The Influence of GABRA2, Childhood Trauma, and Their Interaction on Alcohol, Heroin, and Cocaine Dependence », *Biological Psychiatry*, 67 n° 1, 2010, p. 20-27; et A. Roy *et al.*, « Two HPA Axis Genes, CRHBP and FKBP5, Interact with Childhood Trauma to Increase the Risk for Suicidal Behavior », *Journal of Psychiatric Research*, 46, n° 1, 2012, p. 72-79.

12. A. S. Masten et D. Cicchetti, « Developmental Cascades », *Development and Psychopathology*, 22, n° 3, 2010, p. 491-495; S. L. Toth *et al.*, « Illogical Thinking and Thought Disorder in Maltreated Children », *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 50, n° 7, 2011, p. 659-668; J. Willis, « Building a Bridge from Neuroscience to the Classroom », *Phi Delta Kappan*, 89, n° 6, 2008, p. 424; I. M. Eigsti et D. Cicchetti, « The Impact of Child Maltreatment on Expressive Syntax at 60 Months », *Developmental Science*, 7, n° 1, 2004, p. 88-102.

13. J. Spinazzola *et al.*, « Survey Evaluates Complex Trauma Exposure, Outcome, and Intervention Among Children and Adolescents », *Psychiatric Annals*, 35, n° 5, 2005, p. 433-439.

14. R. C. Kessler, C. B. Nelson et K. A. McGonagle, « The Epidemiology of Co-occurring Addictive and Mental Disorders », *American Journal of Orthopsychiatry*, 66, n° 1, 1996, p. 17-31. Voir aussi : Institute of Medicine of the National Academies, *Treatment of Posttraumatic Stress Disorder*, Washington, National Academies Press, 2008; et C. S. North *et al.*, « Toward Validation of the

Diagnosis of Posttraumatic Stress Disorder », *American Journal of Psychiatry*, 166, n° 1, 2009, p. 34-40.

15. J. Spinazzola *et al.*, « Survey Evaluates Complex Trauma Exposure, Outcome, and Intervention Among Children and Adolescents », *Psychiatric Annals*, 2005.

16. Notre groupe de travail est composé des docteurs Bob Pynoos, Frank Putnam, Glenn Saxe, Julian Ford, Joseph Spinazzola, Marylene Cloitre, Bradley Stolbach, Alexander McFarlane, Alicia Lieberman, Wendy D'Andrea, Martin Teicher, et Dante Cicchetti.

17. Les critères proposés pour le trouble de traumatisme développemental sont cités en annexe, p. 481-485.

18. <http://www.traumacenter.org/products/instruments.php>.

19. Pour en savoir plus sur Alan Sroufe : www.cehd.umn.edu/icd/people/faculty/cpsy/sroufe.html; et sur l'Étude longitudinale du Minnesota sur le risque et l'adaptation et ses publications : <http://www.cehd.umn.edu/icd/research/parent-child/> et <http://www.cehd.umn.edu/icd/research/parent-child/publications/>. Voir aussi : A. Sroufe et W. A. Collins, *The Development of the Person : The Minnesota Study of Risk and Adaptation from Birth to Adulthood*, New York, Guilford Press, 2009; et A. Sroufe, « Attachment and Development : A Prospective, Longitudinal Study from Birth to Adulthood », *Attachment & Human Development*, 7, n° 4, 2005, p. 349-367.

20. A. Sroufe, *The Development of the Person : The Minnesota Study of Risk and Adaptation from Birth to Adulthood*, New York, Guilford Press, 2005. La chercheuse de Harvard Karlen Lyons-Ruth a fait des découvertes semblables dans un échantillon d'enfants qu'elle a suivis pendant environ dix-huit ans : l'attachement désorganisé, l'inversion des rôles et le manque de communication maternelle chez des enfants de trois ans étaient les principaux facteurs de prédiction de leur prise en charge par le système de santé mentale ou les services sociaux à dix-huit ans.

21. D. Jacobvitz et A. Sroufe, « The Early Caregiver-Child Relationship and Attention-Deficit Disorder with Hyperactivity in Kindergarten : A Prospective Study », *Child Development*, 58, n° 6, décembre 1987, p. 1496-1504.

22. G. H. Elder Jr, T. Van Nguyen et A. Caspi, « Linking Family Hardship to Children's Lives », *Child Development*, 56, n° 2, avril 1985, p. 361-375.

23. Chez les enfants physiquement abusés, le risque de diagnostic de troubles du comportement ou de troubles oppositionnels avec provocation était multiplié par trois. La négligence ou l'abus sexuel doublait celui de développer un trouble d'anxiété. L'indisponibilité psychologique parentale ou l'abus sexuel doublait celui de développer plus tard un syndrome de stress post-traumatique

(SSPT). Le risque de diagnostics multiples était de 54 % chez les enfants négligés, 60 % pour ceux abusés physiquement et 73 % chez ceux abusés sexuellement.

24. Cette déclaration était fondée sur le travail d'Emmy Werner, qui a étudié 698 enfants nés dans l'île de Kauai pendant quarante ans, à partir de 1955. L'étude a montré que la plupart des enfants ayant grandi dans des ménages instables connaissaient des problèmes de délinquance, de santé mentale et physique et d'instabilité familiale. Un tiers des enfants à haut risque avaient développé une faculté de résilience et étaient devenus des adultes affectueux, compétents et sûrs d'eux. Les facteurs protecteurs étaient : 1) D'avoir été un enfant séduisant ; 2) D'avoir développé un lien solide avec un tuteur non parental (une tante, une baby-sitter, un professeur...) et de s'être engagé dans une Église ou un groupe communautaire. E. E. Werner et R. S. Smith, *Overcoming the Odds : High Risk Children from Birth to Adulthood*, Ithaca, NY et Londres, Cornell University Press, 1992.

25. P. K. Trickett, J. G. Noll et F. W. Putnam, « The Impact of Sexual Abuse on Female Development : Lessons from a Multigenerational, Longitudinal Research Study », *Development and Psychopathology*, 23, 2011, p. 453-476. Voir aussi J. G. Noll, P. K. Trickett et F. W. Putnam, « A Prospective Investigation of the Impact of Childhood Sexual Abuse on the Development of Sexuality », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 2003, p. 575-586 ; P. K. Trickett, C. McBride-Chang et F. W. Putnam, « The Classroom Performance and Behavior of Sexually Abused Females », *Development and Psychopathology*, 6, 1994, p. 183-194 ; P. K. Trickett et F. W. Putnam, *Sexual Abuse of Females : Effects in Childhood*, Washington : National Institute of Mental Health, 1990-1993 ; F. W. Putnam et P. K. Trickett, *The Psychobiological Effects of Child Sexual Abuse*, New York, W. T. Grant Foundation, 1987.

26. Dans les 63 articles sur le trouble disruptif avec dysrégulation émotionnelle, aucune question sur l'attachement, le syndrome de stress post-traumatique, le trauma, les mauvais traitements sur l'enfant, ou la négligence. L'expression « mauvais traitements » est utilisée dans un seul des 63 articles. Rien sur le rôle parental, la dynamique familiale, ou la thérapie familiale.

27. En annexe du *DSM*, figurent les « V-codes », des étiquettes diagnostiques sans valeur officielle qui n'ouvrent pas droit à la prise en charge par les assurances. Là, vous trouverez les listes concernant l'abus d'un enfant, la négligence envers un enfant, l'abus physique d'un enfant et l'abus sexuel d'un enfant.

28. *Ibid.*, p. 121.

29. À l'heure où j'écris, le *DSM-5* est numéro sept sur la liste des best-sellers d'Amazon. L'Association américaine de psychiatrie (APA) a gagné 100 millions de dollars sur son édition précédente. La publication du *DSM* constitue, avec les

contributions de l'industrie pharmaceutique et les droits d'adhésion, la source majeure de revenus de l'APA.

30. G. Greenberg, *The Book of Woe : The DSM and the Unmaking of Psychiatry*, New York, Penguin, 2013, p. 239.

31. Dans une lettre ouverte à l'APA, David Elkins, qui préside une de ses divisions, s'est plaint que le *DSM-V* soit fondé sur « des preuves chancelantes, un désintérêt pour la santé publique et la conceptualisation des troubles psychiques comme phénomènes principalement médicaux ». Sa lettre a attiré presque 5000 signatures. Le président de l'American Counseling Association (ACA) a envoyé un courrier au nom de ses 115000 membres acquéreurs du *DSM* au président de l'APA, mettant en doute la qualité des recherches scientifiques qui soutiennent le *DSM-V* – et « pressant l'APA de rendre public le travail du comité d'examen scientifique qui avait été nommé pour passer en revue les changements proposés », aussi bien que pour permettre une évaluation « de toutes les preuves et données par des groupes externes et indépendants d'experts ».

32. Les recherches de Thomas Insel avaient jusque-là porté sur l'ocytocine, l'hormone de l'attachement, chez les primates non humains.

33. National Institute of Mental Health, « NIMH Research Domain Criteria (RDoC) », <http://www.nimh.nih.gov/research-priorities/rdoc/nimh-research-domain-criteria-rdoc.shtml>.

34. A. Sroufe, *The Development of the Person : The Minnesota Study of Risk and Adaptation from Birth to Adulthood*, New York, Guilford Press, 2005.

35. B. van der Kolk, « Developmental Trauma Disorder : Toward a Rational Diagnosis for Children with Complex Trauma Histories », *Psychiatric Annals*, 35, n° 5, 2005, p. 401-408 ; W. D'Andrea *et al.*, « Understanding Interpersonal Trauma in Children : Why We Need a Developmentally Appropriate Trauma Diagnosis », *American Journal of Orthopsychiatry*, 82, 2012, p. 187-200 ; J. D. Ford *et al.*, « Clinical Significance of a Proposed Developmental Trauma Disorder Diagnosis : Results of an International Survey of Clinicians », *Journal of Clinical Psychiatry*, 74, n° 8, 2013, p. 841-849. Les résultats mis à jour de l'étude de terrain sur le trauma développemental sont consultables sur notre site : www.traumacenter.org.

36. J. J. Heckman, « Skill Formation and the Economics of Investing in Disadvantaged Children », *Science*, 312, n° 5782, 2006, p. 1900-1902.

37. D. Olds *et al.*, « Long-Term Effects of Nurse Home Visitation on Children's Criminal and Antisocial Behavior : 15-Year Follow-up of a Randomized Controlled Trial », *JAMA*, 280, n° 14, 1998, p. 1238-1244. Voir aussi J. Eckenrode *et al.*, « Preventing Child Abuse and Neglect with a Program of Nurse Home Visitation : The Limiting Effects of Domestic Violence », *JAMA*,

284, n° 11, 2000, p. 1385-91 ; D. I. Lowell *et al.*, « A Randomized Controlled Trial of Child FIRST : A Comprehensive Home-Based Intervention Translating Research into Early Childhood Practice », *Child Development*, 82, n° 1, janvier-février 2011, p. 193-208 ; S. T. Harvey et J. E. Taylor, « A Meta-Analysis of the Effects of Psychotherapy with Sexually Abused Children and Adolescents », *Clinical Psychology Review*, 30, n° 5, juillet 2010, p. 517-535 ; J. E. Taylor et S. T. Harvey, « A Meta-Analysis of the Effects of Psychotherapy with Adults Sexually Abused in Childhood », *Clinical Psychology Review*, 30, n° 6, août 2010, p. 749-767 ; Olds, Henderson, Chamberlin & Tatelbaum, 1986 ; B. C. Stolbach *et al.*, « Complex Trauma Exposure and Symptoms in Urban Traumatized Children : A Preliminary Test of Proposed Criteria for Developmental Trauma Disorder », *Journal of Traumatic Stress*, 26, n° 4, août 2013, p. 483-491.

IV. LA TRACE DU TRAUMATISME

11. DÉCOUVRIR LES SECRETS : LE PROBLÈME DU SOUVENIR TRAUMATIQUE

1. Contrairement aux consultations cliniques, où s'applique la clause de confidentialité entre médecin et patient, les évaluations médico-légales sont des documents publics accessibles aux avocats, aux tribunaux et aux jurés. Avant de faire une évaluation médico-légale, j'en informe les clients, les avertissant que rien de ce qu'ils me disent ne peut être tenu pour confidentiel.

2. K. A. Lee *et al.*, « A 50-Year Prospective Study of the Psychological Sequelae of World War II Combat », *American Journal of Psychiatry*, 152, n° 4, avril 1995, p. 516-522.

3. J. L. McGaugh et M. L. Hertz, *Memory Consolidation*, San Francisco, Albion Press, 1972 ; L. Cahill et J. L. McGaugh, « Mechanisms of Emotional Arousal and Lasting Declarative Memory », *Trends in Neurosciences*, 21, n° 7, 1998, p. 294-299.

4. A. F. Arnsten *et al.*, « α -1 Noradrenergic Receptor Stimulation Impairs Prefrontal Cortical Cognitive Function », *Biological Psychiatry*, 45, n° 1, 1999, p. 26-31. Voir aussi : A. F. Arnsten, « Enhanced : The Biology of Being Frazzled », *Science*, 280, n° 5370, 1998, p. 1711-1712 ; S. Birnbaum *et al.*, « A Role for Norepinephrine in Stress-Induced Cognitive Deficits : α -1-adrenoceptor Mediation in the Prefrontal Cortex », *Biological Psychiatry*, 46, n° 9, 1999, p. 1266-1274.

5. Y. D. Van Der Werf *et al.*, « Special Issue : Contributions of Thalamic Nuclei to Declarative Memory Functioning », *Cortex*, 39, 2003, p. 1047-1062. Voir

aussi : B. M. Elzinga et J. D. Bremner, « Are the Neural Substrates of Memory the Final Common Pathway in Posttraumatic Stress Disorder (PTSD)? », *Journal of Affective Disorders*, 70, 2002, p. 1-17; L. M. Shin *et al.*, « A Functional Magnetic Resonance Imaging Study of Amygdala and Medial Prefrontal Cortex Responses to Overtly Presented Fearful Faces in Posttraumatic Stress Disorder », *Archives of General Psychiatry*, 62, 2005, p. 273-281; L. M. Williams *et al.*, « Trauma Modulates Amygdala and Medial Prefrontal Responses to Consciously Attended Fear », *NeuroImage*, 29, 2006, p. 347-357; R. A. Lanius *et al.*, « Brain Activation During Script-Driven Imagery Induced Dissociative Responses in PTSD : A Functional Magnetic Resonance Imaging Investigation », *Biological Psychiatry*, 52, 2002, p. 305-311; H. D. Critchley, C. J. Mathias et R. J. Dolan, « Fear Conditioning in Humans : The Influence of Awareness and Autonomic Arousal on Functional Neuroanatomy », *Neuron*, 33, 2002, p. 653-663; M. Beauregard, J. Levesque et P. Bourgouin, « Neural Correlates of Conscious Self-Regulation of Emotion », *Journal of Neuroscience*, 21, 2001, p. RC165; K. N. Ochsner *et al.*, « For Better or for Worse : Neural Systems Supporting the Cognitive Down- and Up-regulation of Negative Emotion », *NeuroImage*, 23, 2004, p. 483-499; M. A. Morgan, L. M. Romanski et J. E. LeDoux *et al.*, « Extinction of Emotional Learning : Contribution of Medial Prefrontal Cortex », *Neuroscience Letters*, 163, 1993, p. 109-113; M. R. Milad et G. J. Quirk, « Neurons in Medial Prefrontal Cortex Signal Memory for Fear Extinction », *Nature*, 420, 2002, p. 70-74; et J. Amat *et al.*, « Medial Prefrontal Cortex Determines How Stressor Controllability Affects Behavior and Dorsal Raphe Nucleus », *Nature Neuroscience*, 8, 2005, p. 365-371.

6. B. van der Kolk et R. Fisler, « Dissociation and the Fragmentary Nature of Traumatic Memories : Overview and Exploratory Study », *Journal of Traumatic Stress*, 8, n° 4, 1995, p. 505-525.

7. Définition de l'hystérie sur <http://www.thefreedictionary.com/hysteria>.

8. A. Young, *The Harmony of Illusions : Inventing Posttraumatic Stress Disorder*, Princeton, NJ, Princeton University Press, 1997. Voir aussi : H. F. Ellenberger, *The Discovery of the Unconscious : The History and Evolution of Dynamic Psychiatry*, New York, Basic Books, 2008.

9. T. Ribot, *Diseases of Memory*, New York, Appleton, 1887, p. 108-109; H. F. Ellenberger, *The Discovery of the Unconscious*, *op. cit.*

10. J. M. Charcot, « Leçons sur les maladies du système nerveux, 1885-1887 » in *Œuvres complètes*, Paris, 1892.

11. A. Young, *The Harmony of Illusions*, *op. cit.*

12. J. L. Herman, *Trauma and Recovery*, New York, Basic Books, 1997, p. 15.

13. A. Young, *The Harmony of Illusions*, *op. cit.* Voir aussi : J. M. Charcot, *Leçons sur les maladies du système nerveux*, t. III, Delahaye et Lecrosne, 1887.

14. http://en.wikipedia.org/wiki/File:Jean-Martin_Charcot_chronophotography.jpg.

15. P. Janet, *L'Automatisme psychologique*, Paris, Félix Alcan, 1889.

16. Je dois à Onno van der Hart, sans doute le meilleur spécialiste vivant de l'œuvre de Janet, de m'avoir fait connaître les travaux de celui-ci. J'ai eu la chance de collaborer de près avec Onno sur un résumé des idées fondamentales de Janet. B. A. van der Kolk et O. van der Hart, « Pierre Janet and the Breakdown of Adaptation in Psychological Trauma », *American Journal of Psychiatry*, 146, 1989, p. 1530-1540; B. A. van der Kolk et O. van der Hart, « The Intrusive Past : The Flexibility of Memory and the Engraving of Trauma », *Imago*, 48, 1991, p. 425-454.

17. P. Janet, « L'amnésie et la dissociation des souvenirs par l'émotion », *Journal de Psychologie*, 1, 1904, p. 417-453.

18. P. Janet, *Les Médications psychologiques*, Paris, Félix Alcan, 1919.

19. P. Janet, *L'État mental des hystériques*, 2^e éd., Paris, Félix Alcan, 1911 (repr. Marseille, Lafitte Reprints, 1983) ; P. Janet, *The Major Symptoms of Hysteria*, Londres et New York, Macmillan, 1907 (repr. New York, Hafner, 1965) ; P. Janet, *L'Évolution de la mémoire et de la notion du temps*, Paris, A. Chahine, 1928.

20. J. L. Titchener, « Posttraumatic Decline : A Consequence of Unresolved Destructive Drives », *Trauma and Its Wake*, 2, 1986, p. 5-19.

21. J. Breuer et S. Freud, « Le mécanisme psychique des phénomènes hystériques », *op. cit.*, p. 6.

22. S. Freud et J. Breuer, « L'étiologie de l'hystérie », in *Névrose, psychose et perversion*, Paris, PUF, 1973.

23. S. Freud, *Trois essais sur la théorie sexuelle*, Paris, Gallimard, 1987 : « La réapparition de l'activité sexuelle est déterminée par des causes internes et des éventualités externes... Je parlerai présentement des causes internes; une grande et durable importance s'attache à cette période aux éventualités accidentelles externes [sur lesquelles Freud met l'accent]. Au premier plan, nous trouvons les effets de la séduction, qui considère prématurément un enfant comme un objet sexuel et lui enseigne, dans des circonstances hautement émotionnelles, comment obtenir la satisfaction de ses zones génitales, une satisfaction qu'il est alors d'habitude obligé de retrouver à maintes reprises par la masturbation. Une influence de cette sorte peut venir d'adultes ou d'autres enfants. Je ne peux pas admettre que, dans mon article sur "L'étiologie de l'hystérie", j'aie exagéré la fréquence ou l'importance de cette influence, même si je ne savais pas alors que les personnes qui restent normales peuvent avoir eu

les mêmes expériences dans leur enfance et si j'ai par conséquent surestimé l'importance de la séduction en comparaison de la constitution sexuelle et du développement. Évidemment la séduction n'est pas exigée pour éveiller la vie sexuelle d'un enfant ; cela peut aussi arriver spontanément de causes internes. » S. Freud, *Introduction à la psychanalyse*, Paris, Payot, 1921 : « Les fantasmes de séduction sont d'un intérêt particulier, car souvent ce ne sont pas des fantasmes mais des souvenirs réels. »

24. S. Freud, *Inhibition, symptôme et angoisse*, Paris, PUF, 1926. Voir aussi : J. Strachey, *Complete Psychological Works*.

25. J. Breuer et S. Freud, « Le mécanisme psychique des phénomènes hystériques », *op. cit.*, p. 4.

26. *Ibid.*, p. 13.

27. B. van der Kolk, *Psychological Trauma*, Washington, DC, American Psychiatric Press, 1986.

28. B. van der Kolk, « The Compulsion to Repeat the Trauma », *Psychiatric Clinics of North America*, 12, n° 2, 1989, p. 389-411.

12. LE POIDS INTOLÉRABLE DU SOUVENIR

1. A. Young, *The Harmony of Illusions : Inventing Posttraumatic Stress Disorder*, Princeton, NJ, Princeton University Press, 1997, p. 84.

2. F. W. Mott, « Special Discussion on Shell Shock Without Visible Signs of Injury », *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, 9, 1916, p. i-xliv. Voir aussi C. S. Myers, « A Contribution to the Study of Shell Shock », *The Lancet*, 1, 1915, p. 316-320 ; T. W. Salmon, « The Care and Treatment of Mental Diseases and War Neuroses ("Shell Shock") in the British Army », *Mental Hygiene*, 1, 1917, p. 509-547 ; et E. Jones et S. Wessely, *Shell Shock to PTSD : Military Psychiatry from 1900 to the Gulf*, Hove, UK, Psychology Press, 2005.

3. J. Keegan, *The First World War*, New York, Random House, 2011.

4. A. D. Macleod, « Shell Shock, Gordon Holmes and the Great War », *Journal of the Royal Society of Medicine*, 97, n° 2, 2004, p. 86-89 ; M. Eckstein, *Rites of Spring : The Great War and the Birth of the Modern Age*, Boston : Houghton Mifflin, 1989.

5. Lord Southborough, *Report of the War Office Committee of Enquiry into «Shell-Shock»*, Londres, His Majesty's Stationery Office, 1922.

6. La lauréate du Booker Prize Pat Barker a écrit une trilogie émouvante sur le travail du psychiatre des armées W. H. R. Rivers : P. Barker, *Regeneration*, Londres, Penguin, UK, 2008 (trad. fr. *Régénération*, Arles, Actes Sud, 1995) ; P. Barker, *The Eye in the Door*, New York, Penguin, 1995 ; P. Barker, *The Ghost Road*, Londres, Penguin, UK, 2008. Un débat approfondi sur les conséquences

de la Première Guerre mondiale figure dans A. Young, *Harmony of Illusions*, et B. Shephard, *A War of Nerves, Soldiers and Psychiatrists 1914-1994*, Londres, Jonathan Cape, 2000.

7. J. H. Bartlett, *The Bonus March and the New Deal*, 1937 ; R. Daniels, *The Bonus March : An Episode of the Great Depression*, 1971.

8. E. M. Remarque, *À l'ouest rien de nouveau*, Paris, Stock, 1929.

9. *Ibid.*, p. 192-193.

10. Pour un compte rendu, voir <http://motlc.wiesenthal.com/site/pp.asp?c=gvKVLcMVluG&b=395007>.

11. C. S. Myers, *Shell Shock in France 1914-1918*, Cambridge, UK, Cambridge University Press, 1940.

12. A. Kardiner, *Les Névroses traumatiques de guerre*, New York, Hoeber, 1941.

13. [http://en.wikipedia.org/wiki/Let_There_Be_Light_\(film\)](http://en.wikipedia.org/wiki/Let_There_Be_Light_(film)).

14. G. Greer et J. Oxenbould, *Daddy, We Hardly Knew You*, Londres, Penguin, 1990.

15. A. Kardiner et H. Spiegel, *War Stress and Neurotic Illness*, Oxford, UK, Hoeber, 1947.

16. D. J. Henderson, « Incest », in *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 2^{de} éd., A. M. Freedman et H. I. Kaplan éd., Baltimore, Williams & Wilkins, 1974, p. 1536.

17. W. Sargent et E. Slater, « Acute War Neuroses », *The Lancet*, 236, n° 6097, 1940, p. 1-2. Voir aussi : G. Debenham *et al.*, « Treatment of War Neurosis », *The Lancet*, 237, n° 6126, 1941, p. 107-109 ; et W. Sargent et E. Slater, « Amnesic Syndromes in War », *Proceedings of the Royal Society of Medicine (Section of Psychiatry)*, 34, n° 12, octobre 1941, p. 757-764.

18. Dans toutes les études scientifiques sur les souvenirs d'abus sexuels dans l'enfance, qu'elles soient prospectives ou rétrospectives, qu'elles soient faites sur des échantillons cliniques ou pris dans l'ensemble de la population, on constate qu'un certain pourcentage d'individus victimes d'abus sexuels oublie les sévices qu'ils ont subis, et s'en souviennent plus tard. Voir, par exemple : B. A. van der Kolk et R. Fisler, « Dissociation and the Fragmentary Nature of Traumatic Memories : Overview and Exploratory Study », *Journal of Traumatic Stress*, 8, 1995, p. 505-525 ; J. W. Hopper et B. A. van der Kolk, « Retrieving, Assessing, and Classifying Traumatic Memories : A Preliminary Report on Three Case Studies of a New Standardized Method », *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 4, 2001, p. 33-71 ; J. J. Freyd et A. P. DePrince, éd., *Trauma and Cognitive Science*, Binghamton, NY, Haworth Press, 2001, p. 33-71 ; A. P. DePrince et J. J. Freyd, « The Meeting of Trauma and Cognitive Science : Facing Challenges and Creating

Opportunities at the Crossroads», *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 4, n° 2, 2001, p. 1-8; D. Brown, A. W. Schefflin et D. Corydon Hammond, *Memory, Trauma Treatment and the Law*, New York, Norton, 1997; K. Pope et L. Brown, *Recovered Memories of Abuse : Assessment, Therapy, Forensics*, Washington, DC, American Psychological Association, 1996; et L. Terr, *Unchained Memories : True Stories of Traumatic Memories, Lost and Found*, New York, Basic Books, 1994.

19. E. F. Loftus, S. Polonsky et M. T. Fullilove, « Memories of Childhood Sexual Abuse : Remembering and Repressing », *Psychology of Women Quarterly*, 18, n° 1, 1994, p. 67-84; L. M. Williams, « Recall of Childhood Trauma : A Prospective Study of Women's Memories of Child Sexual Abuse », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, n° 6, 1994, p. 1167-1176.

20. L. M. Williams, « Recall of Childhood Trauma », *op. cit.*

21. L. M. Williams, « Recovered Memories of Abuse in Women with Documented Child Sexual Victimization Histories », *Journal of Traumatic Stress*, 8, n° 4, 1995, p. 649-673.

22. L'éminent neuroscientifique Jaak Panksepp explique dans son livre le plus récent : « Un abondant travail préclinique sur des modèles animaux a montré que les souvenirs qui sont recouverts ont tendance à retourner dans leur banque de mémoire avec des modifications. » J. Panksepp et L. Biven, *The Archaeology of Mind : Neuroevolutionary Origins of Human Emotions*, Norton Series on Interpersonal Neurobiology, New York, W. W. Norton, 2012.

23. E. F. Loftus, « The Reality of Repressed Memories », *American Psychologist*, 48, n° 5, 1993, p. 518-537. Voir aussi : E. F. Loftus et K. Ketcham, *The Myth of Repressed Memory : False Memories and Allegations of Sexual Abuse*, New York, Macmillan, 1996.

24. J. F. Kihlstrom, « The Cognitive Unconscious », *Science*, 237, n° 4821, 1987, p. 1445-1452.

25. E. F. Loftus, « Planting Misinformation in the Human Mind : A 30-Year Investigation of the Malleability of Memory », *Learning & Memory*, 12, n° 4, 2005, p. 361-366.

26. B. A. van der Kolk et R. Fisler, « Dissociation and the Fragmentary Nature of Traumatic Memories : Overview and Exploratory Study », *Journal of Traumatic Stress*, 8, n° 4, 1995, p. 505-525.

27. Nous y reviendrons plus en détail au chapitre 14.

28. L. L. Langer, *Holocaust Testimonies : The Ruins of Memory*, New Haven, CT, Yale University Press, 1991.

29. *Ibid.*, p. 5.

30. *Ibid.*, p. 21.

31. *Ibid.*, p. 34.

32. J. Osterman et B. van der Kolk, « Awareness During Anaesthesia and Posttraumatic Stress Disorder », *General Hospital Psychiatry*, 20, 1998, p. 274-281. Voir aussi : K. Kiviniemi, « Conscious Awareness and Memory During General Anesthesia », *Journal of the American Association of Nurse Anesthetists*, 62, 1994, p. 441-449; A. D. Macleod et E. Maycock, « Awareness During Anaesthesia and Posttraumatic Stress Disorder », *Anaesthesia and Intensive Care*, 20, n° 3, 1992, p. 378-382; F. Guerra, « Awareness and Recall : Neurological and Psychological Complications of Surgery and Anesthesia », in *International Anesthesiology Clinics*, vol. 24, B. T. Hindman éd., Boston, Little, Brown, 1986, p. 75-99; J. Eldor et D. Z. N. Frankel, « Intra-anesthetic Awareness », *Resuscitation*, 21, 1991, p. 113-119; J. L. Breckenridge et A. R. Aitkenhead, « Awareness During Anaesthesia : A Review », *Annals of the Royal College of Surgeons of England*, 65, n° 2, 1983, p. 93.

V. LES VOIES DE LA GUÉRISON

13. GUÉRIR DU TRAUMATISME : RETROUVER LA MAÎTRISE DE SON MOI

1. « Self-leadership » est le terme utilisé par Dick Schwartz dans la thérapie du Système familial intérieur, sujet du chapitre 17.

2. Les exceptions sont les travaux de Pesso et Schwartz, décrits aux chapitres 17 et 18, que j'ai expérimentés et dont j'ai personnellement bénéficié, mais que je n'ai pas étudiés scientifiquement – du moins pas encore.

3. A. F. Arnsten, « Enhanced : The Biology of Being Frazzled », *Science*, 280, n° 5370, 1998, p. 1711-1712; A. Arnsten, « Stress Signalling Pathways That Impair Prefrontal Cortex Structure and Function », *Nature Reviews Neuroscience*, 10, n° 6, 2009, p. 410-422.

4. D. J. Siegel, *The Mindful Therapist : A Clinician's Guide to Mindsight and Neural Integration*, New York, W. W. Norton, 2010.

5. J. E. LeDoux, « Emotion Circuits in the Brain », *Annual Review of Neuroscience*, 23, n° 1, 2000, p. 155-184. Voir aussi : M. A. Morgan, L. M. Romanski et J. E. LeDoux, « Extinction of Emotional Learning : Contribution of Medial Prefrontal Cortex », *Neuroscience Letters*, 163, n° 1, 1993, p. 109-113; et J. M. Moscarello et J. E. LeDoux, « Active Avoidance Learning Requires Prefrontal Suppression of Amygdala-Mediated Defensive Reactions », *Journal of Neuroscience*, 33, n° 9, 2013, p. 3815-3823.

6. S. W. Porges, « Stress and Parasympathetic Control », *Stress Science : Neuroendocrinology*, 306, 2010. Voir aussi : S. W. Porges, « Reciprocal Influences

Between Body and Brain in the Perception and Expression of Affect», in *The Healing Power of Emotion : Affective Neuroscience, Development & Clinical Practice*, Norton Series on Interpersonal Neurobiology, New York, W. W. Norton, 2009, p. 27.

7. B. van der Kolk *et al.*, « Yoga as an Adjunctive Treatment for PTSD », *Journal of Clinical Psychiatry*, 75, n° 6, juin 2014, p. 559-565.

8. Sebern F. Fisher, *Neurofeedback in the Treatment of Developmental Trauma : Calming the Fear-Driven Brain*, New York, W. W. Norton & Company, 2014.

9. R. P. Brown et P. L. Gerbarg, « Sudarshan Kriya Yogic Breathing in the Treatment of Stress, Anxiety, and Depression – Part II : Clinical Applications and Guidelines », *Journal of Alternative & Complementary Medicine*, 11, n° 4, 2005, p. 711-717. Voir aussi C. L. Mandle *et al.*, « The Efficacy of Relaxation Response Interventions with Adult Patients : A Review of the Literature », *Journal of Cardiovascular Nursing*, 10, 1996, p. 4-26; et M. Nakao *et al.*, « Anxiety Is a Good Indicator for Somatic Symptom Reduction Through Behavioral Medicine Intervention in a Mind/ Body Medicine Clinic », *Psychotherapy and Psychosomatics*, 70, 2001, p. 50-57.

10. C. Hannaford, *Smart Moves : Why Learning Is Not All in Your Head*, Arlington, VA, Great Ocean Publishers, 1995.

11. J. Kabat-Zinn, *Au cœur de la tourmente, la pleine conscience. Réduire le stress grâce à la Mindfulness*, Louvain-la-Neuve, De Boeck, 2016. Voir aussi : D. Fosha, D. J. Siegel et M. Solomon, éd., *The Healing Power of Emotion : Affective Neuroscience, Development & Clinical Practice*, Norton Series on Interpersonal Neurobiology, New York, W. W. Norton, 2011 ; et B. A. van der Kolk, « Posttraumatic Therapy in the Age of Neuroscience », *Psychoanalytic Dialogues*, 12, n° 3, 2002, p. 381-392.

12. Comme nous l'avons vu au chapitre 5, les scanners cérébraux de personnes souffrant de troubles de stress post-traumatique montrent un changement d'activité dans les aires associées au réseau du mode par défaut, impliqué dans la mémoire autobiographique et un sens continu du soi.

13. P. A. Levine, *In an Unspoken Voice : How the Body Releases Trauma and Restores Goodness*, Berkeley, CA, North Atlantic Books, 2010.

14. P. Ogden, *Trauma and the Body*, New York, Norton, 2009. Voir aussi : A. Y. Shalev, « Measuring Outcome in Posttraumatic Stress Disorder », *Journal of Clinical Psychiatry*, 61, supp. 5, 2000, p. 33-42.

15. J. Kabat-Zinn, *Au cœur de la tourmente, la pleine conscience, op. cit.*

16. S. G. Hofmann *et al.*, « The Effect of Mindfulness-Based Therapy on Anxiety and Depression : A Meta-Analytic Review », *Journal of Consulting and*

Clinical Psychology, 78, n° 2, 2010, p. 169-183; J. D. Teasdale *et al.*, « Prevention of Relapse/Recurrence in Major Depression by Mindfulness-Based Cognitive Therapy », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 2000, p. 615-623. Voir aussi : Britta K. Hölzel *et al.*, « How Does Mindfulness Meditation Work? Proposing Mechanisms of Action from a Conceptual and Neural Perspective », *Perspectives on Psychological Science*, 6, n° 6, 2011, p. 537-559; et P. Grossman *et al.*, « Mindfulness-Based Stress Reduction and Health Benefits : A Meta-Analysis », *Journal of Psychosomatic Research*, 57, n° 1, 2004, p. 35-43.

17. Les circuits cérébraux impliqués dans la méditation consciente ont été bien établis. Ils améliorent la régulation de l'attention et exercent un effet positif sur l'interférence des réactions émotionnelles avec les tâches qui demandent de l'attention. Voir : L. E. Carlson *et al.*, « One Year Pre-Post Intervention Follow-up of Psychological, Immune, Endocrine and Blood Pressure Outcomes of Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) in Breast and Prostate Cancer Outpatients », *Brain, Behavior, and Immunity*, 21, n° 8, 2007, p. 1038-1049; et R. J. Davidson *et al.*, « Alterations in Brain and Immune Function Produced by Mindfulness Meditation », *Psychosomatic Medicine*, 65, n° 4, 2003, p. 564-570.

18. Britta Hölzel et ses collègues ont entrepris de vastes recherches sur la méditation de pleine conscience et le fonctionnement du cerveau. Ces travaux ont montré que la méditation implique le CPF dorsomédian, le CPF ventrolatéral et le cingulaire antérieur rostral. Voir : B. K. Hölzel *et al.*, « Stress Reduction Correlates with Structural Changes in the Amygdala », *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 5, 2010, p. 11-17; B. K. Hölzel *et al.*, « Mindfulness Practice Leads to Increases in Regional Brain Gray Matter Density », *Psychiatry Research*, 191, n° 1, 2011, p. 36-43; B. K. Hölzel *et al.*, « Investigation of Mindfulness Meditation Practitioners with Voxel-Based Morphometry », *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 3, n° 1, 2008, p. 55-61; et B. K. Hölzel *et al.*, « Differential Engagement of Anterior Cingulate and Adjacent Medial Frontal Cortex in Adept Meditators and Non-meditators », *Neuroscience Letters*, 421, n° 1, 2007, p. 16-21.

19. La principale structure cérébrale impliquée dans la conscience du corps est l'insula antérieure. Voir : A. D. Craig, « Interoception : The Sense of the Physiological Condition of the Body », *Current Opinion on Neurobiology*, 13, 2003, p. 500-505; Critchley, Wiens, Rotshtein, Ohman et Dolan, 2004; N. A. S. Farb, Z. V. Segal, H. Mayberg, J. Bean, D. McKeon, Z. Fatima *et al.*, « Attending to the Present : Mindfulness Meditation Reveals Distinct Neural Modes of Self-Reference », *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 2, 2007, p. 313-322; J. A. Grant, J. Courtemanche, E. G. Duerden, G. H. Duncan

et P. Rainville, « Cortical Thickness and Pain Sensitivity in Zen Meditators », *Emotion*, 10, n° 1, 2010, p. 43-53.

20. S. J. Banks *et al.*, « Amygdala-Frontal Connectivity During Emotion-Regulation », *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 2, n° 4, 2007, p. 303-312. Voir aussi M. R. Milad *et al.*, « Thickness of Ventromedial Prefrontal Cortex in Humans Is Correlated with Extinction Memory », *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 102, n° 30, 2005, p. 10706-10711 ; et S. L. Rauch, L. M. Shin et E. A. Phelps, « Neurocircuitry Models of Posttraumatic Stress Disorder and Extinction : Human Neuroimaging Research – Past, Present, and Future », *Biological Psychiatry*, 60, n° 4, 2006, p. 376-382.

21. A. Freud et D. T. Burlingham, *War and Children*, New York, New York University Press, 1943.

22. Il y a trois manières différentes de réagir aux expériences accablantes : la dissociation (mettre de la distance, se fermer), la dépersonnalisation (« ce n'est pas à moi que ça arrive ») et la déréalisation (« ce qui se passe n'est pas réel »). Peter Levine, *Réveiller le tigre, nourrir le traumatisme*, Paris, InterEditions, 2008.

23. Mes collègues du Justice Resource Institute ont créé un programme résidentiel de traitement destiné aux adolescents, le Van der Kolk Center à Glenhaven Academy, qui met en œuvre beaucoup des traitements adaptés aux traumatismes exposés dans ce livre, y compris le yoga, l'intégration sensorielle, le neurofeedback et le théâtre. <http://www.jri.org/vanderkolk/>. Le modèle de traitement global – attachement, autorégulation et compétence (ARC) – a été développé par mes collègues Margaret Blaustein et Kristine Kinniburgh. Margaret E. Blaustein et Kristine M. Kinniburgh, *Treating Traumatic Stress in Children and Adolescents : How to Foster Resilience Through Attachment, Self-Regulation, and Competency*, New York, Guilford Press, 2012.

24. C. K. Chandler, *Animal Assisted Therapy in Counseling*, New York, Routledge, 2011. Voir aussi : A. J. Cleveland, « Therapy Dogs and the Dissociative Patient : Preliminary Observations », *Dissociation*, 8, n° 4, 1995, p. 247-252 ; et A. Fine, *Handbook on Animal Assisted Therapy : Theoretical Foundations and Guidelines for Practice*, San Diego, Academic Press, 2010.

25. E. Warner *et al.*, « Can the Body Change the Score? Application of Sensory Modulation Principles in the Treatment of Traumatized Adolescents in Residential Settings », *Journal of Family Violence*, 28, n° 7, 2013, p. 729-738. Voir aussi : A. J. Ayres, *Sensory Integration and Learning Disorders*, Los Angeles, Western Psychological Services, 1972 ; H. Hodgdon *et al.*, « Development and Implementation of Trauma-Informed Programming in Residential Schools Using the ARC Framework », *Journal of Family Violence*, 27, n° 8, 2013 ; J. LeBel *et al.*, « Integrating Sensory and Trauma-Informed Interventions :

A Massachusetts State Initiative, Part 1 », *Mental Health Special Interest Section Quarterly*, 33, n° 1, 2010, p. 1-4.

26. Ils paraissent avoir activé le système vestibule-cervelet, qui semble être impliqué dans l'autorégulation et peut être endommagé par la négligence précoce.

27. A. R. Lyon et K. S. Budd, « A Community Mental Health Implementation of Parent-Child Interaction Therapy (PCIT) », *Journal of Child and Family Studies*, 19, n° 5, 2010, p. 654-668. Voir aussi : A. J. Urquiza et C. Bodiford McNeil, « Parent-Child Interaction Therapy : An Intensive Dyadic Intervention for Physically Abusive Families », *Child Maltreatment*, 1, n° 2, 1996, p. 134-144; J. Borrego Jr *et al.*, « Research Publications », *Child and Family Behavior Therapy*, 20, p. 27-54.

28. B. van der Kolk *et al.*, « Fluoxetine in Post Traumatic Stress », *Journal of Clinical Psychiatry*, 1994, p. 517-522.

29. P. Ogden, K. Minton et C. Pain, *Trauma and the Body*, New York, Norton, 2010; P. Ogden et J. Fisher, *Sensorimotor Psychotherapy : Interventions for Trauma and Attachment*, New York, Norton, 2014.

30. P. Levine, *In an Unspoken Voice*, Berkeley, CA, North Atlantic Books ; P. Levine, *Réveiller le tigre. Guérir le traumatisme*, Paris, InterEditions, 2013.

31. Pour en savoir plus sur le cours d'autodéfense, voir <http://modelmugging.org/>.

32. S. Freud, « Remémoration, répétition et perlaboration » (1914) in *La technique psychanalytique*, Paris, PUF, 2007.

33. E. Santini, R. U. Muller et G. J. Quirk, « Consolidation of Extinction Learning Involves Transfer from NMDA-Independent to NMDA-Dependent Memory », *Journal of Neuroscience*, 21, 2001, p. 9009-9017.

34. E. B. Foa et M. J. Kozak, « Emotional Processing of Fear : Exposure to Corrective Information », *Psychological Bulletin*, 99, n° 1, 1986, p. 20-35.

35. C. R. Brewin, « Implications for Psychological Intervention », in *Neuropsychology of PTSD : Biological, Cognitive, and Clinical Perspectives*, J. J. Vasterling et C. R. Brewin éd., New York, Guilford, 2005, p. 272.

36. T. M. Keane, « The Role of Exposure Therapy in the Psychological Treatment of PTSD », *National Center for PTSD Clinical Quarterly*, 5, n° 4, 1995, p. 1-6.

37. E. B. Foa et R. J. McNally, « Mechanisms of Change in Exposure Therapy », in *Current Controversies in the Anxiety Disorders*, R. M. Rapee éd., New York, Guilford, 1996, p. 329-343.

38. J. D. Ford et P. Kidd, « Early Childhood Trauma and Disorders of Extreme Stress as Predictors of Treatment Outcome with Chronic PTSD », *Journal of*

Traumatic Stress, 18, 1998, p. 743-761. Voir aussi A. McDonagh-Coyle *et al.*, « Randomized Trial of Cognitive-Behavioral Therapy for Chronic Posttraumatic Stress Disorder in Adult Female Survivors of Childhood Sexual Abuse », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, n° 3, 2005, p. 515-524; Institute of Medicine of the National Academies, *Treatment of Posttraumatic Stress Disorder : An Assessment of the Evidence*, Washington, DC, National Academies Press, 2008; et R. Bradley *et al.*, « A Multidimensional Meta-Analysis of Psychotherapy for PTSD », *American Journal of Psychiatry*, 162, n° 2, 2005, p. 214-227.

39. J. Bisson *et al.*, « Psychological Treatments for Chronic Posttraumatic Stress Disorder : Systematic Review and Meta-Analysis », *British Journal of Psychiatry*, 190, 2007, p. 97-104. Voir aussi : L. H. Jaycox, E. B. Foa et A. R. Morrall, « Influence of Emotional Engagement and Habituation on Exposure Therapy for PTSD », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 1998, p. 185-192.

40. « Abandons : exposition (n = 53 [38 %]); thérapie centrée sur le présent (n = 30 [21 %]) (P = .002). Le groupe témoin a aussi eu un taux élevé de victimes : 2 morts non volontaires, 9 hospitalisations psychiatriques et 3 tentatives de suicide. » P. P. Schnurr *et al.*, « Cognitive Behavioral Therapy for Posttraumatic Stress Disorder in Women », *JAMA*, 297, n° 8, 2007, p. 820-830.

41. R. Bradley *et al.*, « A Multidimensional Meta-Analysis of Psychotherapy for PTSD », *American Journal of Psychiatry*, 162, n° 2, 2005, p. 214-227.

42. J. H. Jaycox et E. B. Foa, « Obstacles in Implementing Exposure Therapy for PTSD : Case Discussions and Practical Solutions », *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 3, n° 3, 1996, p. 176-184. Voir aussi E. B. Foa, D. Hearst-Ikeda et K. J. Perry, « Evaluation of a Brief Cognitive-Behavioral Program for the Prevention of Chronic PTSD in Recent Assault Victims », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 1995, p. 948-955.

43. Alexander McFarlane, communication personnelle.

44. R. K. Pitman *et al.*, « Psychiatric Complications During Flooding Therapy for Posttraumatic Stress Disorder », *Journal of Clinical Psychiatry*, 52, n° 1, janvier 1991, p. 17-20.

45. Jean Decety, Kalina J. Michalska et Katherine D. Kinzler, « The Contribution of Emotion and Cognition to Moral Sensitivity : A Neurodevelopmental Study », *Cerebral Cortex*, 22, n° 1, 2012, p. 209-220; Jean Decety et C. Daniel Batson, « Neuroscience Approaches to Interpersonal Sensitivity », *Social Neuroscience*, 2, n° 3-4, 2007.

46. K. H. Seal *et al.*, « VA Mental Health Services Utilization in Iraq and Afghanistan Veterans in the First Year of Receiving New Mental Health Diagnoses », *Journal of Traumatic Stress*, 23, 2010, p. 5-16.

47. L. Jerome, « (+/-)-3,4-Methylenedioxyamphetamine (MDMA, "Ecstasy") Investigator's Brochure », décembre 2007, disponible sur www.maps.org/research/mdma/protocol/ib_mdma_new08.pdf (consulté le 16 août 2012).

48. J. H. Krystal *et al.*, « Chronic 3, 4-methylenedioxyamphetamine (MDMA) use : effects on mood and neuropsychological function », *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 18.3, 1992, p. 331-341.

49. M. C. Mithoefer *et al.*, « The Safety and Efficacy of \pm 3, 4-methylenedioxy methamphetamine-assisted Psychotherapy in Subjects with Chronic, Treatment-resistant Posttraumatic Stress Disorder : The First Randomized Controlled Pilot Study », *Journal of Psychopharmacology*, 25.4, 2011, p. 439-452; M. C. Mithoefer *et al.*, « Durability of Improvement in Posttraumatic Stress Disorder Symptoms and Absence of Harmful Effects or Drug Dependency after 3, 4-Methylenedioxy methamphetamine-Assisted Psychotherapy : A Prospective Long-Term Follow-up Study », *Journal of Psychopharmacology*, 27, n° 1, 2013, p. 28-39.

50. J. D. Bremner, « Neurobiology of Posttraumatic Stress Disorder », in *Posttraumatic Stress Disorder : A Critical Review*, R. S. Rynoos éd., Lutherville, MD, Sidran Press, 1994, p. 43-64.

51. <http://cdn.nextgov.com/nextgov/interstitial.html?v=2.1.1&rf=http%3A%2F%2Fwww.nextgov.com%2Fhealth%2F2011%2F01%2Fmilitarys-drug-policy-threatens-troops-health-doctors-say%2F48321%2F>.

52. J. R. T. Davidson, « Drug Therapy of Posttraumatic Stress Disorder », *British Journal of Psychiatry*, 160, 1992, p. 309-314. Voir aussi : R. Famularo, R. Kinscherff et T. Fenton, « Propranolol Treatment for Childhood Posttraumatic Stress Disorder Acute Type », *American Journal of Disorders of Childhood*, 142, 1988, p. 1244-1247; F. A. Fesler, « Valproate in Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder », *Journal of Clinical Psychiatry*, 52, 1991, p. 361-364; B. H. Herman *et al.*, « Naltrexone Decreases Self-Injurious Behavior », *Annals of Neurology*, 22, 1987, p. 530-534; et B. A. van der Kolk *et al.*, « Fluoxetine in Posttraumatic Stress Disorder ».

53. B. van der Kolk *et al.*, « A Randomized Clinical Trial of EMDR, Fluoxetine and Pill Placebo in the Treatment of PTSD : Treatment Effects and Long-Term Maintenance », *Journal of Clinical Psychiatry*, 68, 2007, p. 37-46.

54. R. A. Bryant *et al.*, « Treating Acute Stress Disorder : An Evaluation of Cognitive Behavior Therapy and Supportive Counseling Techniques », *American Journal of Psychiatry*, 156, n° 11, novembre 1999, p. 1780-1786; N. P. Roberts *et al.*, « Early Psychological Interventions to Treat Acute Traumatic Stress Symptoms », *Cochran Database of Systematic Reviews*, 3, mars 2010.

55. Cela inclut le récepteur antagoniste alpha1 prazosine, le récepteur antagoniste alpha2 clonidine, et le récepteur antagoniste beta propranolol. Voir : M. J. Friedman et J. R. Davidson, « Pharmacotherapy for PTSD », in *Handbook of PTSD : Science and Practice*, M. J. Friedman, T. M. Keane et P. A. Resick éd., New York, Guilford Press, 2007, p. 376.

56. M. A. Raskind *et al.*, « A Parallel Group Placebo Controlled Study of Prazosin for Trauma Nightmares and Sleep Disturbance in Combat Veterans with Posttraumatic Stress Disorder », *Biological Psychiatry*, 61, n° 8, 2007, p. 928-934; F. B. Taylor *et al.*, « Prazosin Effects on Objective Sleep Measures and Clinical Symptoms in Civilian Trauma Posttraumatic Stress Disorder : A Placebo-Controlled Study », *Biological Psychiatry*, 63, n° 6, 2008, p. 629-632.

57. Lithium, lamotrigine, carbamazepine, divalproex, gabapentin et topiramate peuvent aider à contrôler l'agressivité et l'irritabilité en relation avec le trauma. Le valproate s'est montré efficace dans plusieurs cas de SSPT rapportés, y compris avec des vétérans militaires souffrant de SSPT chronique. Friedman et Davidson, « Pharmacotherapy for PTSD »; F. A. Fesler, « Valproate in Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder », *Journal of Clinical Psychiatry*, 52, n° 9, 1991, p. 361-364. L'étude suivante a montré une réduction de 37,4% du SSPT : S. Akuchekian et S. Amanat, « The Comparison of Topiramate and Placebo in the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder : A Randomized, Double-Blind Study », *Journal of Research in Medical Sciences*, 9, n° 5, 2004, p. 240-244.

58. G. Bartzokis *et al.*, « Adjunctive Risperidone in the Treatment of Chronic Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder », *Biological Psychiatry*, 57, n° 5, 2005, p. 474-479. Voir aussi : D. B. Reich *et al.*, « A Preliminary Study of Risperidone in the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder Related to Childhood Abuse in Women », *Journal of Clinical Psychiatry*, 65, n° 12, 2004, p. 1601-1606.

59. Parmi les autres méthodes figurent celles qui aident d'habitude les individus traumatisés à dormir, comme l'antidépresseur trazodone, les sons binauraux, les stimulateurs audiovisuels type Proteus (www.brainmachines.com), les moniteurs de HRV comme hearthmath (<http://www.heartmath.com>), et iRest, une formule efficace basée sur le yoga (<http://www.irest.us>).

60. D. Wilson, « Child's Ordeal Shows Risks of Psychosis Drugs for Young », *New York Times*, 1^{er} septembre 2010, consultable sur http://www.nytimes.com/2010/09/02/business/02kids.html?pagewanted=all&_r=0.

61. M. Olfson *et al.*, « National Trends in the Office-Based Treatment of Children, Adolescents, and Adults with Antipsychotics », *Archives of General Psychiatry*, 69, n° 12, 2012, p. 1247-1256.

62. E. Harris *et al.*, « Perspectives on Systems of Care : Concurrent Mental Health Therapy Among Medicaid-Enrolled Youths Starting Antipsychotic Medications », *FOCUS*, 10, n° 3, 2012, p. 401-407.

63. B. A. van der Kolk, « The Body Keeps the Score : Memory and the Evolving Psychobiology of Posttraumatic Stress », *Harvard Review of Psychiatry*, 1, n° 5, 1994, p. 253-265.

64. B. Brewin, « Mental Illness Is the Leading Cause of Hospitalization for Active-Duty Troops », Nextgov.com, 17 mai 2012, <http://www.nextgov.com/health/2012/05/mental-illness-leading-cause-hospitalization-active-duty-troops/55797/>.

65. Mental health drug expenditures, Department of Veterans affairs. [http://www.veterans.senate.gov/imo/media/doc/For% 20the% 20Record% 20-% 20CCHR% 204.30.14.pdf](http://www.veterans.senate.gov/imo/media/doc/For%20the%20Record%20-%20CCHR%204.30.14.pdf).

14. LE LANGAGE : MIRACLE ET TYRANNIE

1. Le docteur Spencer Eth à Bessel van der Kolk, mars 2002.

2. J. Breuer et S. Freud, « Le mécanisme psychique des phénomènes hystériques », *Études sur l'hystérie*, Paris, PUF, 1936, p. 4.

3. T. E. Lawrence, *Les Sept Piliers de la sagesse*, Paris, Payot, « Petite Bibliothèque », 2017.

4. E. B. Foa *et al.*, « The Posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI), Development and Validation », *Psychological Assessment*, 11, n° 3, 1999, p. 303-314.

5. K. Marlantes, *Partir à la guerre*, Paris, Calmann-Lévy, 2013.

6. *Ibid.*

7. *Ibid.*

8. H. Keller, *Histoire de ma vie*, Paris, Payot, 2010.

9. H. Keller, *Le monde où je vis*. Voir aussi : R. Shattuck, « A World of Words », *New York Review of Books*, 26 février 2004.

10. W. M. Kelley *et al.*, « Finding the Self? An Event-Related fMRI Study », *Journal of Cognitive Neuroscience*, 14, n° 5, 2002, p. 785-794. Voir aussi : N. A. Farb *et al.*, « Attending to the Present : Mindfulness Meditation Reveals Distinct Neural Modes of Self-Reference », *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 2, n° 4, 2007, p. 313-322; P. M. Niedenthal, « Embodying Emotion », *Science*, 316, n° 5827, 2007, p. 1002-1005; et J. M. Allman, « The Anterior Cingulate Cortex », *Annals of the New York Academy of Sciences*, 935, n° 1, 2001, p. 107-117.

11. J. Kagan, dialogue avec le dalaï-lama, Massachusetts Institute of Technology, 2006. <http://www.mindandlife.org/about/history/>.

12. A. Goldman et F. de Vignemont, « Is Social Cognition Embodied? », *Trends in Cognitive Sciences*, 13, n° 4, 2009, p. 154-159. Voir aussi : A. D. Craig, « How Do You Feel – Now? The Anterior Insula and Human Awareness », *Nature Reviews Neuroscience*, 10, 2009, p. 59-70; H. D. Critchley, « Neural Mechanisms of Autonomic, Affective, and Cognitive Integration », *Journal of Comparative Neurology*, 493, n° 1, 2005, p. 154-166; T. D. Wager *et al.*, « Prefrontal-Subcortical Pathways Mediating Successful Emotion Regulation », *Neuron*, 59, n° 6, 2008, p. 1037-1050; K. N. Ochsner *et al.*, « Rethinking Feelings : An fMRI Study of the Cognitive Regulation of Emotion », *Journal of Cognitive Neuroscience*, 14, n° 8, 2002, p. 1215-1229; A. D'Argembeau *et al.*, « Self-Reflection Across Time : Cortical Midline Structures Differentiate Between Present and Past Selves », *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 3, n° 3, 2008, p. 244-252; Y. Ma *et al.*, « Sociocultural Patterning of Neural Activity During Self-Reflection », *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 9, n° 1, 2014, p. 73-80; R. N. Spreng, R. A. Mar et A. S. Kim, « The Common Neural Basis of Autobiographical Memory, Propection, Navigation, Theory of Mind, and the Default Mode : A Quantitative Meta-Analysis », *Journal of Cognitive Neuroscience*, 21, n° 3, 2009, p. 489-510; H. D. Critchley, « The Human Cortex Responds to an Interoceptive Challenge », *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 101, n° 17, 2004, p. 6333-6334; et C. Lamm, C. D. Batson et J. Decety, « The Neural Substrate of Human Empathy : Effects of Perspective-Taking and Cognitive Appraisal », *Journal of Cognitive Neuroscience*, 19, n° 1, 2007, p. 42-58.

13. J. W. Pennebaker, *Opening Up : The Healing Power of Expressing Emotions*, New York, Guilford Press, 2012, 12.

14. *Ibid.*, p. 19.

15. *Ibid.*, p. 35.

16. *Ibid.*, p. 50.

17. J. W. Pennebaker, J. K. Kiecolt-Glaser et R. Glaser, « Disclosure of Traumas and Immune Function : Health Implications for Psychotherapy », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, n° 2, 1988, p. 239-245.

18. D. A. Harris, « Dance/Movement Therapy Approaches to Fostering Resilience and Recovery Among African Adolescent Torture Survivors », *Torture*, 17, n° 2, 2007, p. 134-155; M. Bensimon, D. Amir et Y. Wolf, « Drumming Through Trauma : Music Therapy with Posttraumatic Soldiers », *Arts in Psychotherapy*, 35, n° 1, 2008, p. 34-48; M. Weltman, « Movement Therapy with Children Who Have Been Sexually Abused », *American Journal*

of *Dance Therapy*, 9, n° 1, 1986, p. 47-66; H. Englund, «Death, Trauma and Ritual : Mozambican Refugees in Malawi», *Social Science & Medicine*, 46, n° 9, 1998, p. 1165-1174; H. Tefferi, «Building on Traditional Strengths : The Unaccompanied Refugee Children from South Sudan», 1996; D. Tolfree, *Restoring Playfulness : Different Approaches to Assisting Children Who Are Psychologically Affected by War or Displacement*, Stockholm, Rädna Barnen, 1996, p. 158-173; N. Boothby, «Mobilizing Communities to Meet the Psychosocial Needs of Children in War and Refugee Crises», in *Minefields in Their Hearts : The Mental Health of Children in War and Communal Violence*, R. Apfel et B. Simon éd., New Haven, CT, Yale University Press, 1996, p. 149-164; S. Sandel, S. Chaiklin et A. Lohn, *Foundations of Dance/ Movement Therapy : The Life and Work of Marian Chace*, Columbia, MD, American Dance Therapy Association, 1993; K. Callaghan, «Movement Psychotherapy with Adult Survivors of Political Torture and Organized Violence», *Arts in Psychotherapy*, 20, n° 5, 1993, p. 411-421; A. E. L. Gray, «The Body Remembers : Dance Movement Therapy with an Adult Survivor of Torture», *American Journal of Dance Therapy*, 23, n° 1, 2001, p. 29-43.

19. A. M. Krantz et J. W. Pennebaker, «Expressive Dance, Writing, Trauma, and Health : When Words Have a Body», *Whole Person Healthcare*, 3, 2007, p. 201-229.

20. P. Fussell, *The Great War and Modern Memory*, Londres, Oxford University Press, 1975.

21. Ces découvertes ont été reprises dans les études suivantes : J. D. Bremner, «Does Stress Damage the Brain?», *Biological Psychiatry*, 45, n° 7, 1999, p. 797-805; I. Liberzon *et al.*, «Brain Activation in PTSD in Response to Trauma-Related Stimuli», *Biological Psychiatry*, 45, n° 7, 1999, p. 817-826; L. M. Shin *et al.*, «Visual Imagery and Perception in Posttraumatic Stress Disorder : A Positron Emission Tomographic Investigation», *Archives of General Psychiatry*, 54, n° 3, 1997, p. 233-241; L. M. Shin *et al.*, «Regional Cerebral Blood Flow During Script-Driven Imagery in Childhood Sexual Abuse-Related PTSD : A PET Investigation», *American Journal of Psychiatry*, 156, n° 4, 1999, p. 575-584.

22. Je ne saurais pas dire avec certitude si ce terme a été employé pour la première fois par Peter Levine ou par moi. Je possède une vidéo dans laquelle il le porte à mon crédit, mais la plupart de ce que j'ai appris sur la pendulation, je le tiens de lui.

23. Un petit ensemble de preuves permettent d'affirmer que l'exposition combinée à la stimulation des points d'acupuncture apporte de meilleurs résultats, ainsi que les expositions qui incorporent des techniques de relaxation conventionnelles (www.vetcases.com). D. Church *et al.*, «Single-Session

Reduction of the Intensity of Traumatic Memories in Abused Adolescents After EFT : A Randomized Controlled Pilot Study», *Traumatology*, 18, n° 3, 2012, p. 73-79; et D. Feinstein et D. Church, « Modulating Gene Expression Through Psychotherapy : The Contribution of Noninvasive Somatic Interventions », *Review of General Psychology*, 14, n° 4, 2010, p. 283-295.

24. T. Gil *et al.*, « Cognitive Functioning in Posttraumatic Stress Disorder », *Journal of Traumatic Stress*, 3, n° 1, 1990, p. 29-45; J. J. Vasterling *et al.*, « Attention, Learning, and Memory Performances and Intellectual Resources in Vietnam Veterans : PTSD and No Disorder Comparisons », *Neuropsychology*, 16, n° 1, 2002, p. 5.

25. Une étude de neuro-imagerie montre, chez les personnes souffrant de SSPT, la zone du cerveau responsable du traitement du langage, l'aire de Broca, désactivée en réponse à des mots neutres. Autrement dit : le fonctionnement diminué de l'aire de Broca que nous avons observé chez des patients SSPT (voir chapitre 3) n'est pas seulement lié à des souvenirs traumatisants; il se manifeste aussi quand on leur demande de prêter attention à des mots neutres. Cela signifie que les patients traumatisés forment un groupe de personnes qui mettent plus de temps à articuler ce qu'elles sentent et pensent par rapport aux événements ordinaires. Dans ce groupe, avait aussi diminué l'activation du cortex préfrontal médian, partie du lobe frontal qui, comme l'avons vu, transmet la conscience de soi et modère l'activité de l'amygdale, le détecteur de fumée. Cela leur rend plus difficile de supprimer la réaction de crainte du cerveau en réponse à une simple tâche de langage et aussi de faire attention et de continuer à vivre comme si de rien n'était. Voir : K. A. Moores, C. R. Clark, A. C. McFarlane, G. C. Brown, A. Puce et D. J. Taylor, « Abnormal Recruitment of Working Memory Updating Networks During Maintenance of Trauma-neutral Information in Posttraumatic Stress Disorder », *Psychiatry Research : Neuroimaging*, 163(2), p. 156-170.

26. J. Breuer et S. Freud, « Le mécanisme psychique des phénomènes hystériques », *op. cit.*

27. D. L. Schacter, *Searching for Memory*, New York, Basic Books, 1996.

15. SE DÉTACHER DU PASSÉ : L'EMDR

1. F. Shapiro, *EMDR : The Breakthrough Eye Movement Therapy for Overcoming Anxiety, Stress, and Trauma*, New York, Basic Books, 2004.

2. B. van der Kolk *et al.*, « A Randomized Clinical Trial of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), Fluoxetine, and Pill Placebo in the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder : Treatment Effects and Long-Term Maintenance », *Journal of Clinical Psychiatry*, 68, n° 1, 2007, p. 37-46.

3. J. G. Carlson *et al.*, « Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Treatment for Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder », *Journal of Traumatic Stress*, 11, n° 1, 1998, p. 3-24.

4. J. D. Payne *et al.*, « Sleep Increases False Recall of Semantically Related Words in the Deese-Roediger-McDermott Memory Task », *Sleep*, 29, 2006, p. A373.

5. B. van der Kolk et C. P. Ducey, « The Psychological Processing of Traumatic Experience : Rorschach Patterns in PTSD », *Journal of Traumatic Stress*, 2, n° 3, 1989, p. 259-274.

6. M. Jouvet, *Le Sommeil et le Rêve*, Paris, Odile Jacob, 2000.

7. R. Greenwald, « Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) : A New Kind of Dreamwork ? », *Dreaming*, 5, n° 1, 1995, p. 51-55.

8. R. Cartwright *et al.*, « REM Sleep Reduction, Mood Regulation and Remission in Untreated Depression », *Psychiatry Research*, 121, n° 2, 2003, p. 159-167. Voir aussi : R. Cartwright *et al.*, « Role of REM Sleep and Dream Affect in Overnight Mood Regulation : A Study of Normal Volunteers », *Psychiatry Research*, 81, n° 1, 1998, p. 1-8.

9. R. Greenberg, C. A. Pearlman et D. Gampel, « War Neuroses and the Adaptive Function of REM Sleep », *British Journal of Medical Psychology*, 45, n° 1, 1972, p. 27-33. Ramon Greenberg et Chester Pearlman, tout comme notre laboratoire, ont constaté que les vétérans ayant subi un traumatisme se réveillent aussitôt qu'ils entrent dans une période REM. Beaucoup d'individus traumatisés utilisent l'alcool pour les aider à trouver le sommeil, ils se privent ainsi des avantages de rêver (l'intégration et la transformation du souvenir), ce qui peut ainsi contribuer à empêcher la résolution de leur SSPT.

10. B. van der Kolk *et al.*, « Nightmares and Trauma : A Comparison of Nightmares After Combat with Lifelong Nightmares in Veterans », *American Journal of Psychiatry*, 141, n° 2, 1984, p. 187-190.

11. N. Breslau *et al.*, « Sleep Disturbance and Psychiatric Disorders : A Longitudinal Epidemiological Study of Young Adults », *Biological Psychiatry*, 39, n° 6, 1996, p. 411-418.

12. R. Stickgold *et al.*, « Sleep-Induced Changes in Associative Memory », *Journal of Cognitive Neuroscience*, 11, n° 2, 1999, p. 182-193. Voir aussi : R. Stickgold, « Of Sleep, Memories and Trauma », *Nature Neuroscience*, 10, n° 5, 2007, p. 540-542; et B. Rasch *et al.*, « Odor Cues During Slow-Wave Sleep Prompt Declarative Memory Consolidation », *Science*, 315, n° 5817, 2007, p. 1426-1429.

13. E. J. Wamsley *et al.*, « Dreaming of a Learning Task Is Associated with Enhanced Sleep-Dependent Memory Consolidation », *Current Biology*, 20, n° 9, 11 mai 2010, p. 850-855.

14. R. Stickgold, « Sleep-Dependent Memory Consolidation », *Nature*, 437, 2005, p. 1272-1278.

15. R. Stickgold *et al.*, « Sleep-Induced Changes in Associative Memory », *Journal of Cognitive Neuroscience*, 11, n° 2, 1999, p. 182-193.

16. J. Williams *et al.*, « Bizarreness in Dreams and Fantasies : Implications for the Activation-Synthesis Hypothesis », *Consciousness and Cognition*, 1, n° 2, 1992, p. 172-185. Voir aussi : Stickgold *et al.*, « Sleep-Induced Changes in Associative Memory », *op. cit.*

17. M. P. Walker *et al.*, « Cognitive Flexibility Across the Sleep-Wake Cycle : REM-Sleep Enhancement of Anagram Problem Solving », *Cognitive Brain Research*, 14, 2002, p. 317-324.

18. R. Stickgold, « EMDR : A Putative Neurobiological Mechanism of Action », *Journal of Clinical Psychology*, 58, 2002, p. 61-75.

19. Plusieurs études ont été faites sur l'efficacité des mouvements de l'œil dans le traitement et la modification des souvenirs traumatiques : M. Sack *et al.*, « Alterations in Autonomic Tone During Trauma Exposure Using Eye Movement Desensitization and Reprocessing, EMDR) – Results of a Preliminary Investigation », *Journal of Anxiety Disorders*, 22, n° 7, 2008, p. 1264-1271 ; B. Letizia, F. Andrea et C. Paolo, « Neuroanatomical Changes After Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Treatment in Posttraumatic Stress Disorder », *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 19, n° 4, 2007, p. 475-476 ; P. Levin, S. Lazrove et B. van der Kolk, « What Psychological Testing and Neuroimaging Tell Us About the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder by Eye Movement Desensitization and Reprocessing », *Journal of Anxiety Disorders*, 13, n° 1-2, p. 159-172 ; M. L. Harper, T. Rasolkhani Kalhorn, J. F. Drozd, « On the Neural Basis of EMDR Therapy : Insights from Qeeg Studies », *Traumatology*, 15, n° 2, 2009, p. 81-95 ; K. Lansing, D. G. Amen, C. Hanks et L. Rudy, « High-Resolution Brain SPECT Imaging and Eye Movement Desensitization and Reprocessing in Police Officers with PTSD », *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 17, n° 4, 2005, p. 526-532 ; T. Ohtani, K. Matsuo, K. Kasai, T. Kato et N. Kato, « Hemodynamic Responses of Eye Movement Desensitization and Reprocessing in Posttraumatic Stress Disorder », *Neuroscience Research*, 65, n° 4, 2009, p. 375-383 ; M. Pagani, G. Högberg, D. Salmaso, D. Nardo, Ö. Sundin, C. Jonsson et T. H. Ilström, « Effects of EMDR Psychotherapy on 99mtc-HMPAO Distribution in Occupation-Related Posttraumatic Stress Disorder », *Nuclear Medicine Communications*, 28, 2007, p. 757-765 ; H. P. Söndergaard et U. Elofsson, « Psychophysiological Studies of EMDR », *Journal of EMDR Practice and Research*, 2, n° 4, 2008, p. 282-288.

16. APPRENDRE À HABITER SON CORPS : LE YOGA

1. L'acupuncture et l'acupression sont largement pratiquées par les cliniciens spécialisés dans le traitement du traumatisme et ces méthodes commencent à être systématiquement étudiées pour le SSPT clinique. M. Hollifield *et al.*, « Acupuncture for Posttraumatic Stress Disorder : A Randomized Controlled Pilot Trial », *Journal of Nervous and Mental Disease*, 195, n° 6, 2007, p. 504-513. Les études qui utilisent l'fMRI pour mesurer les effets de l'acupuncture sur les zones du cerveau associées à la peur font état d'une régulation rapide de ces aires cérébrales. K. K. Hui *et al.*, « The Integrated Response of the Human Cerebro-Cerebellar and Limbic Systems to Acupuncture Stimulation at ST 36 as Evidenced by fMRI », *NeuroImage*, 27, 2005, p. 479-496; J. Fang *et al.*, « The Salient Characteristics of the Central Effects of Acupuncture Needling : Limbic-Paralimbic-Neocortical Network Modulation », *Human Brain Mapping*, 30, 2009, p. 1196-1206; D. Feinstein, « Rapid Treatment of PTSD : Why Psychological Exposure with Acupoint Tapping May Be Effective », *Psychotherapy : Theory, Research, Practice, Training*, 47, n° 3, 2010, p. 385-402; D. Church *et al.*, « Psychological Trauma Symptom Improvement in Veterans Using EFT (Emotional Freedom Technique) : A Randomized Controlled Trial », *Journal of Nervous and Mental Disease*, 201, 2013, p. 153-160; D. Church, G. Yount et A. J. Brooks, « The Effect of Emotional Freedom Techniques (EFT) on Stress Biochemistry : A Randomized Controlled Trial », *Journal of Nervous and Mental Disease*, 200, 2012, p. 891-896; R. P. Dhond, N. Kettner et V. Napadow, « Neuroimaging Acupuncture Effects in the Human Brain », *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 13, 2007, p. 603-616; K. K. Hui *et al.*, « Acupuncture Modulates the Limbic System and Subcortical Gray Structures of the Human Brain : Evidence from fMRI Studies in Normal Subjects », *Human Brain Mapping*, 9, 2000, p. 13-25.

2. M. Sack, J. W. Hopper et F. Lamprecht, « Low Respiratory Sinus Arrhythmia and Prolonged Psychophysiological Arousal in Posttraumatic Stress Disorder : Heart Rate Dynamics and Individual Differences in Arousal Regulation », *Biological Psychiatry*, 55, n° 3, 2004, p. 284-290. Voir aussi H. Cohen *et al.*, « Analysis of Heart Rate Variability in Posttraumatic Stress Disorder Patients in Response to a Trauma-Related Reminder », *Biological Psychiatry*, 44, n° 10, 1998, p. 1054-1059; H. Cohen *et al.*, « Long-Lasting Behavioral Effects of Juvenile Trauma in an Animal Model of PTSD Associated with a Failure of the Autonomic Nervous System to Recover », *European Neuropsychopharmacology* 17, n° 6, 2007, p. 464-477; et H. Wahbeh et B. S. Oken, « Peak High-Frequency HRV

and Peak Alpha Frequency Higher in PTSD», *Applied Psychophysiology and Biofeedback* 38, n° 1, 2013, p. 57-69.

3. J. W. Hopper *et al.*, « Preliminary Evidence of Parasympathetic Influence on Basal Heart Rate in Posttraumatic Stress Disorder », *Journal of Psychosomatic Research* 60, n° 1, 2006, p. 83-90.

4. Arieh Shalev, au centre hospitalier universitaire Hadassah de Jérusalem, et Roger Pitman, à Harvard, vont dans le même sens : A. Y. Shalev *et al.*, « Auditory Startle Response in Trauma Survivors with Posttraumatic Stress Disorder : A Prospective Study », *American Journal of Psychiatry*, 157, n° 2, 2000, p. 255-261 ; R. K. Pitman *et al.*, « Psychophysiologic Assessment of Posttraumatic Stress Disorder Imagery in Vietnam Combat Veterans », *Archives of General Psychiatry*, 44, n° 11, 1987, p. 970-975 ; A. Y. Shalev *et al.*, « A Prospective Study of Heart Rate Response Following Trauma and the Subsequent Development of Posttraumatic Stress Disorder », *Archives of General Psychiatry*, 55, n° 6, 1998, p. 553-559.

5. P. Lehrer, Y. Sasaki et Y. Saito, « Zazen and Cardiac Variability », *Psychosomatic Medicine*, 61, n° 6, 1999, p. 812-821. Voir aussi R. Sovik, « The Science of Breathing : The Yogic View », *Progress in Brain Research*, 122, 1999, p. 491-505 ; P. Philippot, G. Chapelle et S. Blairy, « Respiratory Feedback in the Generation of Emotion », *Cognition & Emotion*, 16, n° 5, 2002, p. 605-627 ; A. Michalsen *et al.*, « Rapid Stress Reduction and Anxiolysis Among Distressed Women as a Consequence of a Three-Month Intensive Yoga Program », *Medical Science Monitor*, 11, n° 12, 2005, p. 555-561 ; G. Kirkwood *et al.*, « Yoga for Anxiety : A Systematic Review of the Research Evidence », *British Journal of Sports Medicine*, 39, 2005, p. 884-891 ; K. Pilkington *et al.*, « Yoga for Depression : The Research Evidence », *Journal of Affective Disorders*, 89, 2005, p. 13-24 ; et P. Gerbarg et R. Brown, « Yoga : A Breath of Relief for Hurricane Katrina Refugees », *Current Psychiatry*, 4, 2005, p. 55-67.

6. B. Cuthbert *et al.*, « Strategies of Arousal Control : Biofeedback, Meditation, and Motivation », *Journal of Experimental Psychology*, 110, 1981, p. 518-546. Voir aussi : S. B. S. Khalsa, « Yoga as a Therapeutic Intervention : A Bibliometric Analysis of Published Research Studies », *Indian Journal of Physiology and Pharmacology*, 48, 2004, p. 269-285 ; M. M. Delmonte, « Meditation as a Clinical Intervention Strategy : A Brief Review », *International Journal of Psychosomatics*, 33, 1986, p. 9-12 ; I. Becker, « Uses of Yoga in Psychiatry and Medicine », in *Complementary and Alternative Medicine and Psychiatry*, vol. 19, P. R. Muskin éd., Washington, DC, American Psychiatric Press, 2008 ; L. Bernardi *et al.*, « Slow Breathing Reduces Chemoreflex Response to Hypoxia and Hypercapnia, and Increases Baroreflex Sensitivity », *Journal of Hypertension*, 19, n° 12, 2001,

p. 2221-2229; R. P. Brown et P. L. Gerbarg, «Sudarshan Kriya Yogic Breathing in the Treatment of Stress, Anxiety, and Depression : Part I : Neurophysiologic Model», *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 11, 2005, p. 189-201; R. P. Brown et P. L. Gerbarg, «Sudarshan Kriya Yogic Breathing in the Treatment of Stress, Anxiety, and Depression : Part II : Clinical Applications and Guidelines», *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 11, 2005, p. 711-717; C. C. Streeter *et al.*, «Yoga Asana Sessions Increase Brain GABA Levels : A Pilot Study», *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 13, 2007, p. 419-426; et C. C. Streeter *et al.*, «Effects of Yoga Versus Walking on Mood, Anxiety, and Brain GABA Levels : A Randomized Controlled MRS Study», *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 16, 2010, p. 1145-1152.

7. Il existe des douzaines d'articles scientifiques qui montrent l'effet positif du yoga sur diverses maladies. En voici un simple échantillon : S. B. Khalsa, «Yoga as a Therapeutic Intervention», *op. cit.* ; P. Grossman *et al.*, «Mindfulness-Based Stress Reduction and Health Benefits : A Meta-Analysis», *Journal of Psychosomatic Research*, 57, 2004, p. 35-43; K. Sherman *et al.*, «Comparing Yoga, Exercise, and a Self-Care Book for Chronic Low Back Pain : A Randomized, Controlled Trial», *Annals of Internal Medicine*, 143, 2005, p. 849-856; K. A. Williams *et al.*, «Effect of Iyengar Yoga Therapy for Chronic Low Back Pain», *Pain*, 115, 2005, p. 107-117; R. B. Saper *et al.*, «Yoga for Chronic Low Back Pain in a Predominantly Minority Population : A Pilot Randomized Controlled Trial», *Alternative Therapies in Health and Medicine*, 15, 2009, p. 18-27; J. W. Carson *et al.*, «Yoga for Women with Metastatic Breast Cancer : Results from a Pilot Study», *Journal of Pain and Symptom Management*, 33, 2007, p. 331-341.

8. B. van der Kolk *et al.*, «Yoga as an Adjunctive Therapy for PTSD», *Journal of Clinical Psychiatry*, 75, n° 6, juin 2014, p. 559-565.

9. Une entreprise californienne, HeartMath, a mis au point des appareils astucieux et des jeux électroniques à la fois amusants et efficaces pour aider à mesurer la variabilité cardiaque. Jusqu'à présent, personne n'a étudié si des appareils simples comme ceux développés par HeartMath peuvent réduire des symptômes du SSPT, mais c'est très probablement le cas. (Voir www.heartmath.org.)

10. Depuis, vingt-quatre applications disponibles sur iTunes prétendent pouvoir aider à augmenter la VFC, telles que emWave, HeartMath et GPS4SOUL.

11. B. van der Kolk, «Clinical Implications of Neuroscience Research in PTSD», *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1071, n° 1, 2006, p. 277-293.

12. S. Telles *et al.*, «Alterations of Auditory Middle Latency Evoked Potentials During Yogic Consciously Regulated Breathing and Attentive State of Mind»,

International Journal of Psychophysiology, 14, n° 3, 1993, p. 189-198. Voir aussi P. L. Gerbarg, « Yoga and Neuro-Psychoanalysis », in *Bodies in Treatment : The Unspoken Dimension*, Frances Sommer Anderson éd., New York, Analytic Press, 2008, p. 127-150.

13. D. Emerson et E. Hopper, *Overcoming Trauma Through Yoga : Reclaiming Your Body*, Berkeley, CA, North Atlantic Books, 2011.

14. « Intéroception » est le terme scientifique qui désigne cette aptitude à la perception de soi. Les études d'imagerie cérébrale chez les personnes souffrant de traumatisme ont montré à plusieurs reprises des problèmes dans les aires du cerveau liées à la conscience de son corps – notamment dans une zone appelée « insula ». J. W. Hopper *et al.*, « Neural Correlates of Reexperiencing, Avoidance, and Dissociation in PTSD : Symptom Dimensions and Emotion Dysregulation in Responses to Script-Driven Trauma Imagery », *Journal of Traumatic Stress*, 20, n° 5, 2007, p. 713-725. Voir aussi I. A. Strigo *et al.*, « Neural Correlates of Altered Pain Response in Women with Posttraumatic Stress Disorder from Intimate Partner Violence », *Biological Psychiatry*, 68, n° 5, 2010, p. 442-450; G. A. Fonzo *et al.*, « Exaggerated and Disconnected Insular-Amygdalar Blood Oxygenation Level-Dependent Response to Threat-Related Emotional Faces in Women with Intimate-Partner Violence Posttraumatic Stress Disorder », *Biological Psychiatry*, 68, n° 5, 2010, p. 433-441; P. A. Frewen *et al.*, « Social Emotions and Emotional Valence During Imagery in Women with PTSD : Affective and Neural Correlates », *Psychological Trauma : Theory, Research, Practice, and Policy*, 2, n° 2, 2010, p. 145-157; K. Felmingham *et al.*, « Dissociative Responses to Conscious and Non-conscious Fear Impact Underlying Brain Function in Posttraumatic Stress Disorder », *Psychological Medicine*, 38, n° 12, 2008, p. 1771-1780; A. N. Simmons *et al.*, « Functional Activation and Neural Networks in Women with Posttraumatic Stress Disorder Related to Intimate Partner Violence », *Biological Psychiatry*, 64, n° 8, 2008, p. 681-690; R. J. L. Lindauer *et al.*, « Effects of Psychotherapy on Regional Cerebral Blood Flow During Trauma Imagery in Patients with Posttraumatic Stress Disorder : A Randomized Clinical Trial », *Psychological Medicine*, 38, n° 4, 2008, p. 543-554; et A. Etkin et T. D. Wager, « Functional Neuroimaging of Anxiety : A Meta-Analysis of Emotional Processing in PTSD, Social Anxiety Disorder, and Specific Phobia », *American Journal of Psychiatry*, 164, n° 10, 2007, p. 1476-1488.

15. A.R. Damasio, *Le Sentiment même de soi*, *op. cit.*

16. J. C. Nemiah et P. E. Sifneos, « Psychosomatic Illness : A Problem in Communication », *Psychotherapy and Psychosomatics*, 18, n° 1-6, 1970, p. 154-160. Voir aussi : G. J. Taylor, R. M. Bagby et J. D. A. Parker, *Disorders of Affect*

Regulation : Alexithymia in Medical and Psychiatric Illness, Cambridge, UK, Cambridge University Press, 1997.

17. A.R. Damasio, *op. cit.*

18. B. van der Kolk, « Clinical Implications of Neuroscience Research in PTSD », *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1071, n° 1, 2006, p. 277-293. Voir aussi B. K. Hölzel *et al.*, « How Does Mindfulness Meditation Work? Proposing Mechanisms of Action from a Conceptual and Neural Perspective », *Perspectives on Psychological Science*, 6, n° 6, 2011, p. 537-559.

19. B. K. Hölzel *et al.*, « Mindfulness Practice Leads to Increases in Regional Brain Gray Matter Density », *Psychiatry Research : Neuroimaging*, 191, n° 1, 2011, p. 36-43. Voir aussi B. K. Hölzel *et al.*, « Stress Reduction Correlates with Structural Changes in the Amygdala », *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 5, n° 1, 2010, p. 11-17; et S. W. Lazar *et al.*, « Meditation Experience Is Associated with Increased Cortical Thickness », *NeuroReport*, 16, 2005, p. 1893-1897.

17. RASSEMBLER LES PIÈCES DU PUZZLE : LE LEADERSHIP DU SELF

1. R. A. Goulding et R. C. Schwartz, *The Mosaic Mind : Empowering the Tormented Selves of Child Abuse Survivors*, New York, Norton, 1995, p. 4.

2. J. G. Watkins et H. H. Watkins, *Ego States*, New York, Norton, 1997. Jung appelle les aspects de la personnalité « archétypes » et « complexes » ; la psychologie cognitive « schèmes » et la littérature sur le trouble dissociatif de l'identité se réfère à eux comme « autres ». Voir aussi J. G. Watkins et H. H. Watkins, « Theory and Practice of Ego State Therapy : A Short-Term Therapeutic Approach », *Short-Term Approaches to Psychotherapy*, 3, 1979, p. 176-220 ; J. G. Watkins et H. H. Watkins, « Ego States and Hidden Observers », *Journal of Altered States of Consciousness*, 5, n° 1, 1979, p. 3-18 ; et C. G. Jung, *Lectures : Psychology and Religion*, New Haven, CT, Yale University Press, 1960.

3. W. James, *The Principles of Psychology*, New York, Holt, 1890, p. 206.

4. C. Jung, *Collected Works*, vol. 9, *The Archetypes and the Collective Unconscious*, Princeton, NJ, Princeton University Press, 1955, 1968, 330.

5. M. S. Gazzaniga, *The Social Brain : Discovering the Networks of the Mind*, New York, Basic Books, 1985, p. 90.

6. *Ibid.*, p. 356.

7. M. Minsky, *La Société de l'esprit*, Paris, InterEditions, 1988.

8. R. A. Goulding et R. C. Schwartz, *Mosaic Mind*, *op. cit.*, p. 290.

9. O. van der Hart, E. R. Nijenhuis et K. Steele, *Le Soi hanté : dissociation structurelle et traitement de la traumatisation chronique*, Louvain-la-Neuve, De Boeck supérieur, 2017.

10. R. Schwartz, *Internal Family Systems Therapy*, New York, Guilford Press, 1995.
11. *Ibid.*, p. 34.
12. *Ibid.*, p. 19.
13. R. A. Goulding et R. C. Schwartz, *Mosaic Mind*, *op. cit.*, p. 63.
14. J. G. Watkins, en 1997, le donne comme un exemple de symbole de la dépression : « Nous devons savoir ce qu'est le sens imaginaire de la dépression et qui, quel caractère, en souffre. »
15. R. Schwartz, communication personnelle.
16. R. A. Goulding et R. C. Schwartz, *Mosaic Mind*, *op. cit.*, p. 33.
17. A. W. Evers *et al.*, « Tailored Cognitive-Behavioral Therapy in Early Rheumatoid Arthritis for Patients at Risk : A Randomized Controlled Trial », *Pain*, 100, n° 1-2, 2002, p. 141-153; E. K. Pradhan *et al.*, « Effect of Mindfulness-Based Stress Reduction in Rheumatoid Arthritis Patients », *Arthritis & Rheumatology*, 57, n° 7, 2007, p. 1134-1142; J. M. Smyth *et al.*, « Effects of Writing About Stressful Experiences on Symptom Reduction in Patients with Asthma or Rheumatoid Arthritis : A Randomized Trial », *JAMA*, 281, n° 14, 1999, p. 1304-1309; L. Sharpe *et al.*, « Long-Term Efficacy of a Cognitive Behavioural Treatment from a Randomized Controlled Trial for Patients Recently Diagnosed with Rheumatoid Arthritis », *Rheumatology* (Oxford), 42, n° 3, 2003, p. 435-441; H. A. Zangi *et al.*, « A Mindfulness-Based Group Intervention to Reduce Psychological Distress and Fatigue in Patients with Inflammatory Rheumatic Joint Diseases : A Randomised Controlled Trial », *Annals of the Rheumatic Diseases*, 71, n° 6, 2012, p. 911-917.

18. COMBLER LES MANQUES DANS LES CARTES INTÉRIEURES

1. Sur le *Pesso Boyden System Psychomotor*, voir : <http://pbsp.com/>.
2. D. Goleman, *Social Intelligence : The New Science of Human Relationships*, New York, Random House Digital, 2006.
3. A. Pesso, « PBSP : Pesso Boyden System Psychomotor », in *Getting in Touch : A Guide to Body-Centered Therapies*, S. Caldwell éd., Wheaton, IL, Theosophical Publishing House, 1997; A. Pesso, *Movement in Psychotherapy : Psychomotor Techniques and Training*, New York, New York University Press, 1969; A. Pesso, *Experience in Action : A Psychomotor Psychology*, New York, New York University Press, 1973; A. Pesso et J. Crandell, éd., *Moving Psychotherapy : Theory and Application of Pesso System/Psychomotor*, Cambridge, MA, Brookline Books, 1991; M. Scarf, *Secrets, Lies, and Betrayals*, New York, Ballantine Books, 2005; M. van Attekum, *Aan Den Lijve*, Pays-Bas, Pearson Assessment, 2009; et A. Pesso, « The Externalized Realization of the Unconscious and the Corrective Experience »,

in *Handbook of Body-Psychotherapy / Handbuch der Körperpsychotherapie*, H. Weiss et G. Marlock éd., Stuttgart, Allemagne, Schattauer, 2006.

4. L. Pessoa et R. Adolphs, « Emotion Processing and the Amygdala : from a “Low Road” to “Many Roads” of Evaluating Biological Significance », *Nature Reviews Neuroscience*, 11, n° 11, 2010, p. 773-783.

19. APPLIQUER LES NEUROSCIENCES POUR RÉTABLIR LES CIRCUITS DU CERVEAU RÉGI PAR LA PEUR

1. H. H. Jasper, P. Solomon et C. Bradley, « Electroencephalographic Analyses of Behavior Problem Children », *American Journal of Psychiatry*, 95, 1938, p. 641-658 ; P. Solomon, H. H. Jasper et C. Braley, « Studies in Behavior Problem Children », *American Neurology and Psychiatry* 38, 1937, p. 1350-1351.

2. Martin Teicher, de la Harvard Medical School, a fait des recherches approfondies autour des anomalies du lobe temporal chez les adultes ayant été maltraités dans leur enfance : M. H. Teicher *et al.*, « The Neurobiological Consequences of Early Stress and Childhood Maltreatment », *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 27, n° 1-2, 2003, p. 33-44 ; M. H. Teicher *et al.*, « Early Childhood Abuse and Limbic System Ratings in Adult Psychiatric Outpatients », *Journal of Neuropsychiatry & Clinical Neurosciences*, 5, n° 3, 1993, p. 301-306 ; M. H. Teicher *et al.*, « Sticks, Stones and Hurtful Words : Combined Effects of Childhood Maltreatment Matter Most », *American Journal of Psychiatry*, 2012.

3. S. F. Fisher, *Neurofeedback in the Treatment of Developmental Trauma : Calming the Fear-Driven Brain*, New York, Norton, 2014.

4. J. N. Demos, *Getting Started with Neurofeedback*, New York, W. W. Norton, 2005. Voir aussi R. J. Davidson, « Affective Style and Affective Disorders : Prospectives from Affective Neuroscience », *Cognition and Emotion*, 12, n° 3, 1998, p. 307-330 ; et R. J. Davidson *et al.*, « Regional Brain Function, Emotion and Disorders of Emotion », *Current Opinion in Neurobiology*, 9, 1999, p. 228-234.

5. J. Kamiya, « Conscious Control of Brain Waves », *Psychology Today*, avril 1968, p. 56-60. Voir aussi D. P. Nowlis et J. Kamiya, « The Control of Electroencephalographic Alpha Rhythms Through Auditory Feedback and the Associated Mental Activity », *Psychophysiology*, 6, n° 4, 1970, p. 476-484 ; et D. Lantz et M. B. Sterman, « Neuropsychological Assessment of Subjects with Uncontrolled Epilepsy : Effects of EEG Feedback Training », *Epilepsia*, 29, n° 2, 1988, p. 163-171.

6. M. B. Sterman, L. R. Macdonald et R. K. Stone, « Biofeedback Training of the Sensorimotor Electroencephalogram Rhythm in Man : Effects on Epilepsy », *Epilepsia*, 15, n° 3, 1974, p. 395-416. Une méta-analyse récente de 87 études a

montré que le neurofeedback réduit significativement la fréquence des crises chez environ 80 % des épileptiques qui en bénéficient. Gabriel Tan *et al.*, « Meta-Analysis of EEG Biofeedback in Treating Epilepsy », *Clinical EEG and Neuroscience*, 40, n° 3, 2009, p. 173-179.

7. Cela fait partie du même circuit de prise de conscience de soi-même que j'ai décrit au chapitre 5. Alvaro Pascual-Leone a montré que, lorsqu'on met temporairement hors d'usage la zone qui se trouve au-dessus du cortex préfrontal médian au moyen d'une stimulation magnétique transcrânienne (TMS), le patient ne peut pas se reconnaître quand il se regarde dans un miroir. A. Pascual-Leone, « Mental Attention, Consciousness, and the Progressive Emergence of Wisdom », *Journal of Adult Development*, 7, n° 4, 2000, p. 241-254.

8. <http://www.eegspectrum.com/intro-to-neurofeedback/>.

9. S. Rauch *et al.*, « Symptom Provocation Study Using Positron Emission Tomography and Script Driven Imagery », *Archives of General Psychiatry*, 53, 1996, p. 380-387. Trois autres études utilisant une nouvelle technique d'imagerie cérébrale, la magnétoencéphalographie (MEG), ont montré, chez les personnes souffrant de SSPT, une activité accrue du cortex temporal droit : C. Catani *et al.*, « Pattern of Cortical Activation During Processing of Aversive Stimuli in Traumatized Survivors of War and Torture », *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 259, n° 6, 2009, p. 340-351 ; B. E. Engdahl *et al.*, « Posttraumatic Stress Disorder : A Right Temporal Lobe Syndrome ? », *Journal of Neural Engineering*, vol. 7, n° 6, 2010 ; A. P. Georgopoulos *et al.*, « The Synchronous Neural Interactions Test as a Functional Neuromarker for Post-traumatic Stress Disorder (PTSD). A Robust Classification Method Based on the Bootstrap », *Journal of Neural Engineering*, vol. 7, n° 1, 2010.

10. Selon la *Clinician Administered PTSD Scale* (CAPS).

11. D'après les mesures de l'Inventaire des capacités de conscience de soi altérées établi par John Briere.

12. Les rythmes alpha postérieur et central proviennent du réseau thalamocortical ; les rythmes bêta semblent être générés par des réseaux corticaux locaux ; et les ondes thêta de la ligne frontale médiane (seul rythme thêta sain du cerveau humain) sont hypothétiquement produites par le réseau neuronal septo-hippocampique. Pour une étude récente, voir J. Kropotov, *Quantitative EEG, ERP's and Neurotherapy*, Amsterdam, Elsevier, 2009.

13. H. Benson, « The Relaxation Response : Its Subjective and Objective Historical Precedents and Physiology », *Trends in Neurosciences*, 6, 1983, p. 281-284.

14. T. Egner et J. H. Gruzelier, « Ecological Validity of Neurofeedback : Modulation of Slow Wave EEG Enhances Musical Performance », *Neuroreport*,

14, n° 9, 2003, p. 1221-1224; D. Vernon, « Can Neurofeedback Training Enhance Performance? An Evaluation of the Evidence with Implications for Future Research », *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 30, n° 4, 2005, p. 347-364.

15. « Vancouver Canucks Race to the Stanley Cup – Is It All in Their Minds? », Bio-Medical.com, 2 juin 2011, <http://bio-medical.com/news/2011/06/vancouver-canucks-race-to-the-stanley-cup-is-it-all-in-their-minds/>.

16. M. Beauregard, *Brain Wars*, New York, HarperCollins, 2013, p. 33.

17. J. Gruzelier, T. Egner et D. Vernon, « Validating the Efficacy of Neurofeedback for Optimising Performance », *Progress in Brain Research*, 159, 2006, p. 421-431. Voir aussi D. Vernon et J. Gruzelier, « Electroencephalographic Biofeedback as a Mechanism to Alter Mood, Creativity and Artistic Performance », in *Mind-Body and Relaxation Research Focus*, B. N. De Luca éd., New York, Nova Science, 2008, p. 149-164.

18. Voir, par exemple, M. Arns *et al.*, « Efficacy of Neurofeedback Treatment in ADHD : The Effects on Inattention, Impulsivity and Hyperactivity : A Meta-Analysis », *Clinical EEG and Neuroscience*, 40, n° 3, 2009, p. 180-189; T. Rossiter, « The Effectiveness of Neurofeedback and Stimulant Drugs in Treating AD/ HD : Part I : Review of Methodological Issues », *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 29, n° 2, juin 2004, p. 95-112; T. Rossiter, « The Effectiveness of Neurofeedback and Stimulant Drugs in Treating AD/ HD : Part II : Replication », *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 29, n° 4, 2004, p. 233-243; et L. M. Hirshberg, S. Chiu et J. A. Frazier, « Emerging Brain-Based Interventions for Children and Adolescents : Overview and Clinical Perspective », *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 14, n° 1, 2005, p. 1-19.

19. Pour en savoir plus sur l'EEGq, voir <http://thebrainlabs.com/qeeg.shtml>.

20. N. N. Boutros, M. Torello et T. H. McGlashan, « Electrophysiological Aberrations in Borderline Personality Disorder : State of the Evidence », *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 15, 2003, p. 145-154.

21. Au chapitre 17, nous avons vu combien il est essentiel de cultiver un état d'auto-observation stable, calme, que l'IFS nomme l'« accès au Self ». Dick Schwartz prétend qu'avec de la persévérance, n'importe qui peut atteindre cet état et, en effet, je l'ai vu aider des personnes très traumatisées à le faire. Je ne suis pas aussi doué et beaucoup de mes patients les plus sévèrement touchés s'agitent ou planent quand nous abordons des sujets perturbants. D'autres ont tellement de mal à se contrôler qu'il leur est difficile de trouver un sentiment permanent du Self. Dans la plupart des hôpitaux psychiatriques, on donne des médicaments aux patients qui ont ce genre de problèmes, pour les stabiliser. Cela marche parfois, mais beaucoup perdent leur motivation et leur énergie. Dans notre étude contrôlée et randomisée sur le neurofeedback, les patients

chroniquement traumatisés ont vu leurs symptômes de SSPT réduits d'environ 30 %, une amélioration significative dans l'évaluation des fonctions exécutives et du contrôle émotionnel (Van der Kolk *et al.*, soumis pour publication en 2014).

22. Les enfants traumatisés qui ont des déficits d'intégration sensorielle ont besoin de programmes spécialement développés pour leurs problèmes. Les plus avancés dans ce domaine sont pour l'heure ma collègue du Trauma Center Elizabeth Warner, et Adele Diamond de l'université de Colombie-Britannique.

23. R. J. Castillo, « Culture, Trance, and the Mind-Brain », *Anthropology of Consciousness*, 6, n° 1, mars 1995, p. 17-34. Voir aussi B. Inglis, *Trance : A Natural History of Altered States of Mind*, Londres, Paladin, 1990; N. F. Graffin, W. J. Ray et R. Lundy, « EEG Concomitants of Hypnosis and Hypnotic Susceptibility », *Journal of Abnormal Psychology*, 104, n° 1, 1995, p. 123-131; D. L. Schacter, « EEG Theta Waves and Psychological Phenomena : A Review and Analysis », *Biological Psychology*, 5, n° 1, 1977, p. 47-82; et M. E. Sabourin *et al.*, « EEG Correlates of Hypnotic Susceptibility and Hypnotic Trance : Spectral Analysis and Coherence », *International Journal of Psychophysiology*, 10, n° 2, 1990, p. 125-142.

24. E. G. Peniston et P. J. Kulkosky, « Alpha-Theta Brainwave Neuro-Feedback Therapy for Vietnam Veterans with Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder », *Medical Psychotherapy*, 4, 1991, p. 47-60.

25. T. M. Sokhadze, R. L. Cannon et D. L. Trudeau, « EEG Biofeedback as a Treatment for Substance Use Disorders : Review, Rating of Efficacy and Recommendations for Further Research », *Journal of Neurotherapy*, 12, n° 1, 2008, p. 5-43.

26. R. C. Kessler, « Posttraumatic Stress Disorder : The Burden to the Individual and to Society », *Journal of Clinical Psychiatry*, 61, suppl. 5, 2000, p. 4-14. Voir aussi R. Acierno *et al.*, « Risk Factors for Rape, Physical Assault, and Posttraumatic Stress Disorder in Women : Examination of Differential Multivariate Relationships », *Journal of Anxiety Disorders*, 13, n° 6, 1999, p. 541-563; et H. D. Chilcoat et N. Breslau, « Investigations of Causal Pathways Between PTSD and Drug Use Disorders », *Addictive Behaviors*, 23, n° 6, 1998, p. 827-840.

27. S. L. Fahrion *et al.*, « Alterations in EEG Amplitude, Personality Factors, and Brain Electrical Mapping After Alpha-Theta Brainwave Training : A Controlled Case Study of an Alcoholic in Recovery », *Alcoholism : Clinical and Experimental Research*, 16, n° 3, juin 1992, p. 547-552; R. J. Goldberg, J. C. Greenwood et Z. Taintor, « Alpha Conditioning as an Adjunct Treatment for Drug Dependence : Part 1 », *International Journal of Addiction*, 11, n° 6, 1976, p. 1085-1089; R. F. Kaplan *et al.*, « Power and Coherence Analysis of the EEG

in Hospitalized Alcoholics and Nonalcoholic Controls», *Journal of Studies on Alcohol*, 46, 1985, p. 122-127; Y. Lamontagne *et al.*, «Alpha and EMG Feedback Training in the Prevention of Drug Abuse : A Controlled Study», *Canadian Psychiatric Association Journal*, 22, n° 6, octobre 1977, p. 301-310; Saxby et E. G. Peniston, «Alpha-Theta Brainwave Neurofeedback Training : An Effective Treatment for Male and Female Alcoholics with Depressive Symptoms», *Journal of Clinical Psychology*, 51, n° 5, 1995, p. 685-693; W. C. Scott *et al.*, «Effects of an EEG Biofeedback Protocol on a Mixed Substance Abusing Population», *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 31, n° 3, 2005, p. 455-469; et D. L. Trudeau, «Applicability of Brain Wave Biofeedback to Substance Use Disorder in Adolescents», *Child & Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 14, n° 1, janvier 2005, p. 125-136.

28. E. G. Peniston, «EMG Biofeedback-Assisted Desensitization Treatment for Vietnam Combat Veterans Posttraumatic Stress Disorder», *Clinical Biofeedback and Health*, 9, 1986, p. 35-41.

29. E. G. Peniston et P. J. Kulkosky, «Alpha-Theta Brainwave Neurofeedback for Vietnam Veterans with Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder», *Medical Psychotherapy*, 4, n° 1, 1991, p. 47-60.

30. Des résultats similaires ont été rapportés sur un autre groupe sept ans plus tard : W. C. Scott *et al.*, «Effects of an EEG Biofeedback Protocol on a Mixed Substance Abusing Population», *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 31, n° 3, 2005, p. 455-469.

31. D. L. Trudeau, T. M. Sokhadze et R. L. Cannon, «Neurofeedback in Alcohol and Drug Dependency», in *Introduction to Quantitative EEG and Neurofeedback : Advanced Theory and Applications*, T. Budzynski *et al.* éd., Amsterdam, Elsevier, 1999, p. 241-268; F. D. Arani, R. Rostami et M. Nostratabadi, «Effectiveness of Neurofeedback Training as a Treatment for Opioid-Dependent Patients», *Clinical EEG and Neuroscience*, 41, n° 3, 2010, p. 170-177; F. Dehghani-Arani, R. Rostami et H. Nadali, «Neurofeedback Training for Opiate Addiction : Improvement of Mental Health and Craving», *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 38, n° 2, 2013, p. 133-141; J. Luigjes *et al.*, «Neuromodulation as an Intervention for Addiction : Overview and Future Prospects», *Tijdschrift voor psychiatrie*, 55, n° 11, 2012, p. 841-852.

32. B. van der Kolk, H. Hodgdon, M. Suvak, R. Musicaro, E. Hamlin et J. Spinazzola, «Neurofeedback for PTSD», soumis pour publication. H. Hodgdon, R. Musicaro, M. Suvak, E. Hamlin, J. Spinazzola et B. van der Kolk, «Neurofeedback Improves Executive Functioning in PTSD», soumis pour publication; A. R. Polak, A. B. Witteveen, J. B. Reitsma et M. Olff, «The Role of

Executive Function in Posttraumatic Stress Disorder : A Systematic Review », *Journal of Affective Disorders*, 141, 2012, p. 11-21.

33. S. Othmer, « Remediating PTSD with Neurofeedback », October 11, 2011, http://hannokirk.com/files/Remediating-PTSD_10-01-11.pdf.

34. F. H. Duffy, « The State of EEG Biofeedback Therapy (EEG Operant Conditioning) in 2000 : An Editor's Opinion », éditorial, *Clinical Electroencephalography*, 31, n° 1, 2000, p. v-viii.

35. T. R. Insel, « Faulty Circuits », *Scientific American*, 302, n° 4, 2010, p. 44-51.

36. T. Insel, « Transforming Diagnosis », National Institute of Mental Health, Director's Blog, 29 avril 2013, <http://www.nimh.nih.gov/about/director/2013/transforming-diagnosis.shtml>.

37. J. W. Buckholtz et A. Meyer-Lindenberg, « Psychopathology and the Human Connectome : Toward a Transdiagnostic Model of Risk for Mental Illness », *Neuron*, 74, n° 4, 2012, p. 990-1004.

38. F. Collins, « The Symphony Inside Your Brain », NIH Director's Blog, 5 novembre 2012, <http://directorsblog.nih.gov/2012/11/05/the-symphony-inside-your-brain/>.

20. TROUVER SA VOIX : LES RYTHMES COLLECTIFS ET LE THÉÂTRE

1. F. Butterfield, « David Mamet Lends a Hand to Homeless Vietnam Veterans », *New York Times*, 10 octobre 1998. Pour en savoir plus sur le nouveau refuge, voir <http://www.nechv.org/historyatnechv.html>.

2. P. Healy, « The Anguish of War for Today's Soldiers, Explored by Sophocles », *New York Times*, 11 novembre 2009. Pour en savoir plus sur le projet de Doerries, voir <http://www.outsidethewirellc.com/projects/theater-of-war/overview>.

3. S. Krulwich, « The Theater of War », *New York Times*, 11 novembre 2009.

4. W. H. McNeill, *Keeping Together in Time : Dance and Drill in Human History*, Cambridge, MA, Harvard University Press, 1997.

5. Plutarque, *Vies*, tome I, Paris, Les Belles Lettres, 1993, p. 153.

6. M. Z. Seitz, « The Singing Revolution », *New York Times*, 14 décembre 2007.

7. Pour en savoir plus sur Urban Improv, see <http://www.urbanimprov.org/>.

8. Le site du Trauma Center offre un programme téléchargeable Urban Improv de quatrième année complet qui peut être appliqué par les professeurs de l'ensemble du pays : <http://www.traumacenter.org/initiatives/psychosocial.php>.

9. Pour davantage de détails sur le Possibility Project : <http://the-possibility-project.org/>.

10. Pour en savoir plus sur Shakespeare in the Courts :<http://www.shakespeare.org/education/for-youth/shakespeare-courts/>.

11. C. Kisiel *et al.*, « Evaluation of a Theater-Based Youth Violence Prevention Program for Elementary School Children », *Journal of School Violence*, 5, n° 2, 2006, p. 19-36.

12. Les dirigeants de Urban Improv et du Trauma Center sont Amie Alley, PhD, Margaret Blaustein, PhD, Toby Dewey, MA, Ron Jones, Merle Perkins, Kevin Smith, Faith Soloway, Joseph Spinazzola, PhD.

13. H. Epstein and T. Packer, *The Shakespeare & Company Actor Training Experience*, Lenox, MA, Plunkett Lake Press, 2007; H. Epstein, *Tina Packer Builds a Theater*, Lenox, MA, Plunkett Lake Press, 2010.

INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES*

- ANCELIN-SCHUTZENBERGER Anne, *Le Psychodrame*, Paris, Payot, « Petite Bibliothèque », 2008.
- BARROIS, Claude, *Les Névroses traumatiques*, Malakoff, Dunod, 1988.
- BECCERIL Carolina et MORENO Zerka T., *Le Psychodrame : L'histoire, la méthode, les techniques pour explorer votre processus psychique au moyen de scénarios improvisés*, Paris, Eyrolles, 2013.
- BERGHMANS Claude et TARQUINIO Cyril, *Comprendre et pratiquer les nouvelles psychothérapies*, Malakoff, Dunod, 2005.
- BLAUSTEIN Margaret et KINNIBURGH Kristine, *Treating Traumatic Stress in Children and Adolescents : How to Foster Resilience through Attachment, Self-Regulation, and Competency*, New York, Guilford Press, 2010.
- BREUER Josef et FREUD Sigmund (1895), *Études sur l'hystérie*, Paris, PUF, 2002.
- CICCONE Albert et FERRANT Alain, *Honte, culpabilité et traumatisme*, Malakoff, Dunod, 2009.
- CONTAMIN Emmanuel, *Guérir de son passé avec l'EMDR et des outils d'autosoins*, Paris, Odile Jacob, 2005.

* L'éditeur a inséré dans la bibliographie américaine les ouvrages pour le public français.

- COPE Stephen, *Yoga and the Quest for the True Self*, New York, Bantam Books, 1999.
- COTTRAUX Jean (dir.), *TCC et neurosciences*, Paris, Elsevier-Masson, 2009.
- CROCQ Louis, *Les Traumatismes psychiques de guerre*, Paris, Odile Jacob, 1999.
- COZZOLINO Louis, *The Neuroscience of Psychotherapy : Healing the Social Brain*, 2^e édit. (« Norton Series on Interpersonal Neurobiology »), New York, Norton, 2010.
- COURTOIS Christine A. et FORD Julian D., *Treating Complex Traumatic Stress Disorders [Adults] : Scientific Foundations and Therapeutic Models*, New York, Guilford, 2013.
- CURRAN Linda, *101 Trauma-Informed Interventions : Activities, Exercises and Assignments to Move the Client and Therapy Forward*, Eau Claire, Wis., PESI, 2013.
- CYRULNIK Boris, *Un merveilleux malheur*, Paris, Odile Jacob, 1999.
- , « La résilience, risques idéologiques », *Enfance Majuscule*, n° 72-73, septembre-décembre 2003.
- et DUVAL Philippe, *Psychanalyse et résilience*, Paris, Odile Jacob, 2006.
- DAMASIO Antonio R., *Le Sentiment même de soi : corps, émotions, conscience*, Paris, Odile Jacob, 1999.
- DAVOINE Françoise et GAUDILLIÈRE Jean-Max, *Histoire et trauma. La folie des guerres*, Paris, Stock, 2006.
- DAVIDSON Richard et BEGLEY Sharon, *The Emotional Life of Your Brain : How Its Unique Patterns Affect the Way You Think, Feel, and Live – and How You Can Change Them*, New York, Hachette, 2012.
- DELAROCHE Parick, *Le Psychodrame psychanalytique individuel*, Paris, Payot, 1996.
- DEMOS John N., *Getting Started with Neurofeedback*, New York, Norton, 2005.
- DESCHAMPS Danièle, *Traversées du trauma. Aux frontières de la clinique psychanalytique*, Louvain-la-Neuve, De Boeck, 2009.

- DOUVILLE Olivier, *Guerres et traumas*, Malakoff, Dunod, 2016.
- EVANS James R., *Handbook of Neurofeedback : Dynamics and Clinical Applications*, Boca Raton, Fla., CRC Press, 2013.
- EMERSON David et HOPPER Elizabeth, *Overcoming Trauma through Yoga : Reclaiming Your Body*, Berkeley, North Atlantic, 2012.
- FASSIN Didier et RECHTMAN Richard, *L'Empire du traumatisme*, Paris, Flammarion, « Champs Essais », 2011.
- FERENCZI Sándor (1916), « Deux types de névroses de guerre », *Psychanalyse II*, Paris, Payot, 1994 ; puis *Sur les névroses de guerre*, Paris, Payot, 2010.
- , *Le Traumatisme*, Paris, Payot, 2006.
- (1932), *Confusion de langue entre les adultes et l'enfant*, Paris, Payot, 2004.
- FISHER Sebern, *Neurofeedback in the Treatment of Developmental Trauma : Calming the Fear-Driven Brain*, New York, Norton, 2014.
- FOGEL Alan, *Body Sense : The Science and Practice of Embodied Self-Awareness* (« Norton Series on Interpersonal Neurobiology »), New York, Norton, 2009.
- FOSHA Diana, SOLOMON Marion F. et SIEGEL Daniel J., *The Healing Power of Emotion : Affective Neuroscience, Development and Clinical Practice* (« Norton Series on Interpersonal Neurobiology »), New York, Norton, 2009.
- FREUD Sigmund (1914), « Remémoration, répétition, perlaboration », *La Technique psychanalytique*, Paris, PUF, 1981.
- GAL Corinne, *Le Psychodrame, une expérience aussi forte que la vie*, Paris, Odile Jacob, 2016.
- GIL Eliana (éd.), *Working with Children to Heal Interpersonal Trauma : The Power of Play*, préface de Lenore C. Terr, New York, Guilford Press, 2011.
- GOLD Claudia, *À l'écoute des émotions de l'enfant, chagrins, angoisses, colères et autres problèmes du quotidien*, préface de Daniel Marcelli, Paris, Albin Michel, 2014.

- GOLDSTEIN Joseph et KORNFIELD Jack, *Seeking the Heart of Wisdom : The Path of Insight Meditation*, Boston, Shambhala Publications, 2001.
- GOTTMAN, John, *The Science of Trust : Emotional Attunement for Couples*, New York, Norton, 2011.
- GURRET Jean-Michel, *Libération émotionnelle EFT, les clés pour se libérer définitivement des peurs et de l'anxiété*, Vergeze, Thierry Souccar, 2013.
- GUILLAUMIN Jean, *La Genèse du souvenir*, Paris, PUF, 1968.
- HANUS Michel, *La Résilience à quel prix ? Survivre et rebondir*, Paris, Maloine, 2001.
- JANIN Claude, *Figures et destins du traumatisme*, Paris, PUF, 1996.
- JEHEL Louis, LOPEZ Gérard, *Psychotraumatologie*, Malakoff, Dunod, 2006.
- KABAT-ZINN Jon et NHAT HANH Thich, *Au cœur de la tourmente, la pleine conscience. Réduire le stress grâce à la Mindfulness*, Louvain-la-Neuve, De Boeck, 2016.
- KEDIA Mariane, VANDERLINDEN Johan et LOPEZ Gérard, *Dissociation et mémoire traumatique*, Malakoff, Dunod, 2012.
- KHAN Masud R., « Le concept de traumatisme cumulatif », in *Le Soi caché*, Paris, Gallimard, 1976.
- KOTSOU Ilios et HEEREN Alexandre, *Pleine conscience et acceptation : les thérapies de la troisième vague*, postface de Christophe André, Louvain-la-Neuve, De Boeck, 2011.
- KORNFIELD Jack, *A Path with Heart : A Guide Through the Perils and Promises of Spiritual Life*, New York, Random House, 2009.
- HERMAN Judith, *Trauma and Recovery : The Aftermath of Violence— from Domestic Abuse to Political Terror*, New York, Basic Books, 1992.
- HUGHES Daniel A., *Building the Bonds of Attachment : Awakening Love in Deeply Troubled Children*, 2^e édit., New York, Jason Aronson, 2006.
- LEBIGOT François, *Traiter les traumatismes psychiques. Clinique et prise en charge*, Malakoff, Dunod, 2005.

- LEVINE Peter A., *In an Unspoken Voice : How the Body Releases Trauma and Restores Goodness*, Berkeley, North Atlantic, 2010.
- et FREDERIC Ann, *Réveiller le tigre, nourrir le traumatisme*, Malakoff, InterEditions, 2008.
- LEVY MORENO Jacob, *Psychothérapie de groupe et psychodrame*, Paris, PUF, 1987.
- LIEBERMAN Alicia F. et VAN HORN Patricia, *Psychotherapy with Infants and Young Children : Repairing the Effects of Stress and Trauma on Early Attachment*, New York, Guilford Press, 2011.
- LOPEZ Gérard, *Enfants violés et violentés. Le Scandale ignoré*, Malakoff, Dunod, 2013.
- LOUBOFF François, *J'aimerais tant tourner la page, guérir des abus sexuels subis dans l'enfance*, Paris, Les Arènes, 2005.
- MATE Gabor, *When the Body Says No : Understanding the Stress-Disease Connection*, New York, Random House, 2011.
- McDOUGALL Joyce, *Théâtres du corps, le psychosoma en analyse*, Paris, Gallimard, « Connaissance de l'inconscient », 1989.
- MILLER Alice, *C'est pour ton bien. Racines de la violence dans l'éducation de l'enfant*, Paris, Flammarion, « Champs Essais », 2015.
- MORASSE Rachel, *Le Yoga et les traumatismes : un guide pratique pour soulager les symptômes du stress post-traumatique*, s.l., Éditions Vie, 2016.
- OGDEN Pat et KEKUNI Minton, *Trauma and the Body : A Sensorimotor Approach to psychotherapy* (« Norton Series on Interpersonal Neurobiology »), New York, Norton, 2008.
- PERRY Bruce D. et SZALAVITZ Maia, *The Boy Who Was Raised as a Dog : And Other Stories from a Child Psychiatrist's Notebook*, New York, Basic Books, 2006.
- PANKSEPP Jaak et BIVEN Lucy, *The Archaeology of Mind : Neuroevolutionary Origins of Human Emotions* (« Norton Series on Interpersonal Neurobiology »), New York, Norton, 2012.
- PARNELL Laura, *Attachment-Focused EMDR : Healing Relational Trauma*, New York, Norton, 2013.

- PESSO Albert et CRANDELL John S., *Moving Psychotherapy : Theory and Application of Pessso System-Psychomotor Therapy*, Northampton, MA, Brookline Books, 1991.
- PESSO Albert, *Experience in Action : A Psychomotor Psychology*, New York, New York University Press, 1969.
- PONSETI-GAILLOCHON Annick, DUCHET Clara et MOLENDIA Sylvie, *Le débriefing psychologique. Pratique, bilan et évolution des soins précoces*, Malakoff, Dunod, 2009.
- PORGES Stephen, *The Polyvagal Theory : Neurophysiological Foundations of Emotions, Attachment, Communication, and Self-regulation* (« Norton Series on Interpersonal Neurobiology »), New York, Norton, 2011.
- RACAMIER Paul-Claude, *L'Inceste et l'Incestuel*, Paris, Collège de psychanalyse groupale et familiale, 1995.
- ROISIN Jacques, *De la survivance à la vie. Essai sur le traumatisme psychique et sa guérison*, Paris, PUF, 2010.
- ROQUES Jacques, *EMDR, une révolution thérapeutique*, Paris, Desclée de Brouwer, 2004.
- , *Guérir avec l'EMDR*, Paris, Seuil, 2007.
- , *Découvrir l'EMDR*, Malakoff, InterEditions, 2008.
- SABOURAUD-SÉGUIN Aurore, *Revivre après un choc. Comment surmonter le traumatisme psychologique*, Paris, Odile Jacob, 2001
- SADLIER Karen, *L'État de stress post-traumatique chez l'enfant*, Paris, PUF, 2001.
- (dir.), *L'Enfant face à la violence dans le couple*, Malakoff, Dunod, 2010.
- SAPOLSKY Robert, *Why Zebras Don't Get Ulcers : The Acclaimed Guide to Stress, Stress-Related Diseases, and Coping*, New York, Macmillan, 2004.
- SAXE Glenn N., ELLIS Heidi et KAPLOW Julie B., *Collaborative Treatment of Traumatized Children and Teens : The Trauma Systems Therapy Approach*, New York, Guilford Press, 2006.
- SCHWARTZ Richard C., *Le Système familial intérieur : blessures et guérisons*, Paris, Elsevier-Masson, 2009.

- SERVAN-SCHREIBER David, *Guérir le stress, l'anxiété et la dépression sans psychanalyse ni médicaments*, Paris, Laffont, 2005.
- SHAPIRO Francine, *Getting Past Your Past : Take Control of Your Life with Self-Help Techniques from EMDR Therapy*, Emmaus, PA, Rodale, 2012.
- et SILK FORREST Margot, *Des yeux pour guérir, EMDR : la thérapie pour surmonter l'angoisse, le stress et les traumatismes*, Paris, Le Seuil, 2005.
 - et SILK FORREST Margot, *EMDR : The Breakthrough "Eye Movement" Therapy for Overcoming Anxiety, Stress, and Trauma*, New York, Basic Books, 2004.
- SHORE Allan N., *Affect Regulation and the Origin of the Self : The Neurobiology of Emotional Development*, New York, Psychology Press, 1994.
- SIEGEL Daniel J., *Mindsight : The New Science of Personal Transformation*, New York, Norton, 2010.
- SIEGEL Daniel J. et SOLOMON Marion F., *Healing Trauma : Attachment, Mind, Body and Brain* (« Norton Series on Interpersonal Neurobiology »), New York, Norton, 2003.
- STORA Jean-Baptiste, *Quand le corps prend la relève, stress, traumatismes et maladies somatiques*, Paris, Odile Jacob, 1999.
- TERR, Lenore C., *Too Scared to Cry : Psychic Trauma in Childhood*, New York, Basic Books, 2008.
- TISSERON Serge, *La Résilience*, Paris, PUF, « Que sais-je ? », 2007.
- TOMASELLA Saverio, *Le Sentiment d'abandon. Se libérer du passé pour exister par soi-même*, Paris, Eyrolles, 2008.
- , *La Traversée des tempêtes. Renaître après un traumatisme*, Paris, Eyrolles, 2011.
- VAN DER HART Onno, NIJENHUIS Ellert R.S. et STEELE Kathy, *Le Soi hanté. Dissociation structurelle et traitement de la traumatisation chronique*, Louvain-la-Neuve, De Boeck, 2010.
- WILLIAMS Mark et TEASDALE John., *Méditer pour ne plus déprimer. La pleine conscience, une méthode pour vivre mieux*, préface de Christophe André, Paris, Odile Jacob, 2013.

REMERCIEMENTS

Ce livre est le fruit de trente ans d'exploration des réactions de l'homme aux expériences traumatiques, et de ses techniques de survie et de guérison ; de décennies de travail clinique avec des adultes et des enfants traumatisés ; de nombreux échanges avec des collègues et des étudiants ; et d'une participation à la science – en constante évolution – qui étudie comment le corps, le cerveau et l'esprit font face aux expériences extrêmes, et les ressources dont ils disposent pour les surmonter.

Je commencerai par les personnes qui m'ont aidé à composer et à publier ce livre : Toni Burbank, mon éditrice, avec qui j'ai échangé plusieurs fois par semaine pendant deux ans sur sa structure et son contenu. Elle a vraiment saisi sa portée, et cette compréhension a joué un rôle majeur dans la définition de sa forme et de sa teneur. Mon agente, Brettne Bloom, a mesuré l'importance de ce livre, lui a trouvé sa place chez Viking et m'a prêté un soutien crucial à des moments critiques. Rick Kot, mon éditeur dans cette maison, m'a offert des conseils rédactionnels et des avis précieux.

Mes collègues et mes étudiants du Trauma Center m'ont prodigué des informations, un laboratoire, et un soutien pour mener à bien ce travail. Ils m'ont aussi rappelé constamment la grave réalité de notre métier pendant ces trente ans. Je ne peux pas tous les nommer, mais Joseph Spinazzola, Margaret Blaustein, Roslin

Moore, Richard Jacobs, Liz Warner, Wendy D'Andrea, Jim Hopper, Fran Grossman, Alex Cook, Marla Zucker, Kevin Becker, David Emerson, Steve Gross, Dana Moore, Robert Macy, Liz Rice-Smith, Patty Levin, Nina Murray, Mark Gapen, Carrie Pekor, Debbie Korn, et Betta de Boer van der Kolk ont été des collaborateurs essentiels. De même, bien sûr, qu'Andy Pond et Susan Wayne, du Justice Resource Institute.

Les principales personnes qui m'ont guidé et accompagné dans l'étude et la compréhension du stress traumatique sont Alexander McFarlane, Onno van der Hart, Ruth Lanius et Paul Frewen, Rachel Yehuda, Stephen Porges, Glenn Saxe, Jaak Panksepp, Janet Osterman, Julian Ford, Brad Stolback, Frank Putnam, Bruce Perry, Judith Herman, Robert Pynoos, Berthold Gersons, Ellert Nijenhuis, Annette Streeck-Fisher, Marylene Cloitre, Dan Siegel, Eli Newberger, Vincent Felitti, Robert Anda et Martin Teicher; ainsi que mes collègues qui m'ont appris les complexités de l'attachement : Edward Tronick, Karlen Lyons-Ruth et Beatrice Beebe.

Peter Levine, Pat Ogden, et Al Pesso m'ont offert de m'initier à leurs thérapies corporelles après avoir lu, en 1994, mon article sur l'importance du corps dans le stress traumatique. Je continue à suivre leur enseignement, complété depuis par celui des professeurs de yoga et de méditation Stephen Cope, Jon Kabat-Zinn et Jack Kornfield.

Sebern Fisher a été la première à me faire découvrir le neurofeedback et, plus tard, Ed Hamlin et Larry Hirshberg m'ont aidé à mieux comprendre cette méthode. Richard Schwartz m'a appris la thérapie du Système familial intérieur (IFS) et m'a aidé à écrire le chapitre sur le sujet. Kippy Dewey et Cissa Champion m'ont révélé les arcanes du théâtre, Tina Packer a tenté de me former au jeu de l'acteur et Andrew Borthwick-Leslie m'a donné des informations cruciales sur l'art dramatique.

Adam Cummings, Amy Sullivan et Susan Miller m'ont fourni un soutien indispensable, sans lequel bien des projets évoqués dans ces pages n'auraient jamais vu le jour.

Licia Sky a créé le cadre qui m'a permis de me concentrer sur l'écriture du livre. Elle a émis des avis précieux sur tous ses chapitres, prêté ses talents artistiques à plusieurs illustrations, contribué à des passages sur la conscience du corps et m'a offert le matériel de certains cas cliniques. Ma fidèle secrétaire, Angela Lin, a résolu les multiples crises, en calmant les tempêtes pour que le bateau vogue à sa vitesse de croisière. Ed et Edith Schonberg m'ont souvent fourni un refuge contre vents et marées; Barry et Lorrie Goldensohn m'ont servi d'inspireurs et de critiques littéraires; et mes enfants, Hana et Nicholas, m'ont montré que chaque nouvelle génération vit dans un tout autre monde que la précédente et que chaque vie est unique – un acte de création qui défie l'explication purement génétique, environnementale ou culturelle.

Enfin, je dédie ce livre à mes patients – que je ne peux, hélas, pas citer nommément – qui m'ont appris presque tout ce que je sais (c'est vous qui avez été mon vrai manuel), notamment le pouvoir de la force vitale qui pousse les hommes à créer une vie pleine de sens malgré les obstacles.

INDEX

Les numéros de pages en italiques renvoient aux illustrations.

- À l'ouest rien de nouveau* (E.M. Remarque): 237, 256
- abandon: 13, 37, 41, 124, 172, 175, 197, 199, 201, 210, 220, 221, 231, 239, 282, 288, 321, 322, 323, 333, 344, 386, 389, 400, 401, 405, 409, 440, 458, 479
- peur de l'–: 197, 287, 396
- sentiment d'–: 84, 248, 315, 429, 472
- Abilify: 59, 145, 307
- Académie américaine de pédiatrie: 468
- accident d'avion (rescapés): 117
- accordage: 144, 151
- acétylcholine: 113, 359
- activité physique (effet calmant): 129
- acupression: 104, 185, 331, 357, 477, 534
- acupuncture: 313, 534
- addiction(s): 53, 287, 469; traitement par neurofeedback: 439, 440, 441; *voir aussi* toxicomanie
- adolescence et qualité des soins parentaux comme facteur de prédiction des comportements: 182, 224
- adrénaline: 71, 72, 90, 113, 243, 306, 359
- Adverse Childhood Experiences (ACE): 123
- Afghanistan (guerre d'): 436
- vétérans d'–: 256, 302, 310, 447, 468
- Afrique du Sud (pouvoir communautaire): 290, 448, 469
- agressivité: 54, 90, 163, 216, 378, 455, 460, 479
- au volant: 121
- hyperagressivité: 169
- Ainsworth, Mary: 164
- Ajax* (Sophocle): 446, 447

- alcoolisme: 34, 207, 301, 440, 472
alexithymie: 141, 142, 143, 334, 367, 392, 429
alliances: 214
alpha:
 entraînement –: 432
 état –: 423
 ondes –: 423, 431, 432, 436, 438, 439
alpha-thêta:
 entraînement –: 432, 438, 439, 440
 état –: 439
ambivalent (attachement): 165
American Journal of Psychiatry: 46, 196, 230
amnésie (traumatique): 207, 219, 247, 254, 260, 261, 262, 263, 307
 – dissociative: 253, 262 230; *voir aussi* souvenir refoulé
amour (comme expérience humaine fondamentale): 45
amygdale (cerveau): 54, 57, 66, 89, 90, 91, 92, 93, 99, 100, 285, 334, 357, 382, 400, 405
Anda, Robert: 202, 207
androstènedione: 228
anesthésie (conscience pendant l'): 269, 270, 273
Angell, Marcia: 491
Angelou, Maya: 479
anorexiques: 142, 358
antécédents traumatiques (questionnaire sur les): 194, 198
Anthony (victime de traumatisme): 210
anticonvulsifs: 306
antidépresseurs: 58, 59, 191, 204, 205, 305, 344
antipsychotiques: 30, 47, 59, 60, 305, 306, 307
 – chez les enfants: 60
anxiété: 12, 36, 54, 117, 145, 210, 215, 225, 269, 283, 284, 300, 301, 353, 356, 361, 368, 391, 427, 432, 436, 439, 470, 471, 477, 479
anxieux (attachement): *voir* attachement
anxiogènes (facteurs ou situations): 299, 300
anxiolytiques: 305, 306
apprentissage (effets du traumatisme): 204, 217, 419, 437, 483
 – et neurofeedback: 436, 439
ARC (attachement, autorégulation, compétence), modèle: 524
Archimède: 133
armes à feu (contrôle des): 468, 469, 470
arts martiaux: 126, 282, 363, 407, 460
art-thérapie: 328
asanas: 364
Assaut, L' (film de Fons Rademakers): 492
Association américaine de psychiatrie: 192, 209, 223, 230; *voir aussi* Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux
Association américaine de psychiatrie (APA): 222. *Voir aussi* manuel
Association américaine de psychologie (APA): 513
Association américaine de thérapie psychocorporelle: 399
atelier de thérapie psychocorporelle (PBSP): *voir* thérapie psychocorporelle

- athlétisme: 478
 athymie: 221
 Ativan: 306
 attachement: 13, 151, 182, 188, 196, 214, 216, 222, 226, 233, 286, 289, 290, 406, 413
 – anxieux ou ambivalent: 165
 – évitant: 165, 166, 167
 – musclé: 448
 – organisé: 165
 – primaire: 158
 stratégies d'–: 165, 166, 167
 théorie de l'–: 157
 trouble de l'–: 379, 419
 trouble de l'– réactif: 210, 211
 attachement désorganisé: 166, 167, 168, 170
 effets à long terme de l'–: 170
 attentats du 11-Septembre: 314
 attention: 94, 102, 224, 418, 468, 476, 483; *voir aussi* trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité
 problèmes d'–: 71, 103, 191, 211, 221, 222, 225, 419, 437, 455, 479, 483
 attraction (facteurs d'): 52
 Auden, W. H.: 178
 Auerhahn, Nanette C.: 488
 Auschwitz (camp de concentration): 268
 autocompassion: 391, 393
 auto-illusion (comme source de souffrance): 42, 43
Automatisme psychologique, L' (P. Janet): 246
 automutilation: 25, 36, 128, 129, 194, 198, 227, 229, 307, 388, 425
 autonomie: 61, 137, 138, 158, 159, 478
 sentiment d'–: 161, 398, 471, 473
 autorégulation: 140, 156, 162, 173, 287, 305, 365, 369, 370, 404, 421, 442, 455, 467, 468, 471, 473, 476
 Baltimore (garderie de): 233
 Bastiaans, Jan: 302
 Beebe, Beatrice: 157, 168
 Beecher, Henry K.: 53, 54
 benzodiazépines: 306, 308
 Berger, Hans: 416
 besoins de l'organisme: 139
 bêta (ondes): 417, 422, 431, 432, 436
 Bigelow, Kathryn: 419
 Bion, Wilfred: 156
 bipolaire (trouble): 156, 191, 192, 201, 211, 229, 251, 307
 Blaustein, Margaret: 473, 524
 Bleuler, Eugen: 42
 blocage (réaction de): 33, 70, 103, 118, 295, 357, 451
 borderline: *voir* trouble de la personnalité borderline (TPB)
 boulimie: 55, 129, 142, 171, 283, 384, 385, 387, 388
 Bowlby, John: 156, 157, 158, 159, 162, 164, 172, 197, 214, 315
 Breuer, Josef: 249, 250, 251, 267, 314, 333
 Breughel l'Ancien, Pieter: 19
 Broca (aire de): 66, 67, 68, 70, 531
 Brodmann (aire de): 68
 Buchenwald (camp de concentration): 68
 calmants: 204

- cancer : 192, 205, 206, 207, 208, 216, 231, 325, 360, 468, 472
- Cannon, Katie : 254
- cardio-vasculaires (problèmes) : 207
- Carey, Jodi : 363
- carte intérieure : 156, 173, 180, 182, 183, 398, 399, 402, 409, 411
- Carter, Sue : 495
- catatonie : 41
- cauchemars : 20, 22, 23, 29, 30, 36, 68, 184, 189, 259, 277, 306, 308, 309, 335, 439, 440
- CD (cellules) : 179
- cécité hystérique : 179
- Celexa : 57, 344
- centre de la parole (cerveau) : 66, 67
- centres de prévention et de contrôle des maladies (CCPM) : 11, 202, 207
- Cerfs-volants de Kaboul, Les* (Khaled Hosseini) : 19
- cerveau : cognitif, *voir* cerveau rationnel
- ligne médiane (crête iroquoise de la conscience de soi) : 131, 132
 - mammalien : *voir* système limbique
 - reptilien : 83, 85, 93, 121, 122, 137
- cerveau émotionnel : 71, 72, 85, 88, 90, 91, 93, 94, 147, 173, 182, 183, 243, 279, 280, 281, 283, 287, 307, 320, 358, 382, 417, 435 ; *voir aussi* cerveau reptilien, système limbique
- cerveau rationnel : 72, 82, 85, 88, 90, 91, 94, 183, 279, 306, 417
- Cerveau social, Le* (M. Gazzaniga) : 377
- Chang, C.-C. : 39
- chant et rythme (thérapie) : 126, 174, 290, 291, 448, 459
- Charcot, Jean Martin : 244, 245, 246, 249, 251, 254
- Chemtob, Claude : 169
- Chine (médecine traditionnelle) : 109, 282
- chlorpromazine (Thorazine) : 40
- choc inéluctable : 48, 49, 81, 111, 243, 357, 389, 426
- clonidine : 306
- cognitifs, déficits : 222, 227, 332 ; *voir* Inventaire des cognitions post-traumatiques
- cohérence cardiaque : 363
- Coleman, Kevin : 452, 460, 462, 463
- combat : *voir* lutte (réaction de) ; *voir aussi* syndrome de stress post-traumatique (SSPT)
- Community Mental Health Act* : 489
- complexe vagal dorsal (CVD) : 120, 121, 123
- complexe vagal ventral (CVV) : 118, 119, 120, 122
- Comprehensive Textbook of Psychiatry* (A. M. Freedman et H. I. Kaplan) : 260
- concentration : 102, 118, 267, 375, 418, 428, 431, 478
- et neurofeedback : 433, 441
- problèmes de – : 200, 221, 233, 419, 436
- conduites à risques : 41, 198, 205, 211, 374, 469
- conduite (trouble de la) : 379

- confiance (difficultés à faire): 33, 189
 conflit (peur du): 451
 connectome humain: 442, 443
 conscience de soi: 283
 – émotionnelle: 146
 – et moi autobiographique: 319
 – sensorielle: 131, 132, 133, 283;
voir aussi Self
 contact visuel direct vs détourné: 147
 Cope, Stephen: 175, 312, 355, 366
 corps (conscience du): 130, 132;
voir aussi conscience de soi, sensorielle;
 fraternisation avec son –: 144, 310;
voir aussi îlots de sécurité
 corps-esprit (relations): 79, 80, 106, 353, 376, 500
 cortex:
 – cérébral: 67, 86
 – cingulaire antérieur: 90, 132, 133, 342, 493
 – cingulaire postérieur: 131, 132, 133
 – frontal: 89, 422
 néocortex: 85
 – orbitofrontal: 132, 493
 – pariétal: 133
 – préfrontal: 88, 90, 91, 93, 99, 100, 147
 – préfrontal dorsolatéral (CPD): 99, 100, 280
 – préfrontal dorsomédian droit: 370
 – préfrontal inférieur: 493
 – préfrontal médian (CPM): 91, 92, 93, 100, 132, 133, 138, 280, 320, 369, 382, 493
 – préfrontal médian dorsal: 493
 – temporal supérieur: 504
 – visuel: 66, 68; *voir* lobes frontaux
 corticaux (réseaux locaux): 542
 cortisol: 50, 90, 215, 227, 285, 303
 CPM: *voir* cortex préfrontal médian (CPM)
 crainte chez les victimes de traumatismes: 187, 188, 197, 219, 270, 277, 283, 287, 288, 297, 300, 328, 357, 382, 384, 390, 392, 398, 403, 405, 410, 413, 415, 422, 426, 451, 453, 471, 472, 532
 créateurs de sens (hommes comme): 30
 créativité: 32, 43, 303, 352
 – et neurofeedback: 432; *voir* imagination
 crête iroquoise de la conscience de soi: *voir* cerveau, ligne médiane
Croquis de guerre (représentation théâtrale): 446
 culpabilité: 42, 65, 252, 258, 300, 309, 383, 403
 – chez les enfants sexuellement abusés: 191, 241
 Cummings, E. E.: 173
 cure par la parole: *voir* talking cure
 Cymbalta: 57, 59
 dalaï-lama: 116
 Damasio, Antonio: 134, 135, 136, 496, 500
 danse (thérapie): 69, 105, 126, 174, 328, 329, 448
 – de l'accordage: 159
 Darwin, Charles: 106, 107, 108, 109, 112, 113, 114, 119

- Daubert (audience): 241
 Decety, Jean: 302
 découverte du moi (langage et): 317
 Delbo, Charlotte: 268
Dementia Praecox (E. Bleuler): 42
Démineurs (film de Kathryn Bigelow): 419
 déni:
 - de la réalité: 12, 71, 172, 189, 247, 375, 392
 - des conséquences du traumatisme: 257
 - des différences individuelles: 116
 - du lien avec les conditions sociales: 468, 469*Denial: A Memoir of Terror* (J. Stern): 19
 dépersonnalisation: 102, 103, 104, 143, 144, 523
 dépression: 34, 40, 45, 48, 59, 81, 87, 97, 169, 188, 191, 192, 201, 204, 207, 210, 216, 227, 229, 285, 328, 344, 351, 360, 375, 391, 431, 439, 445, 472, 539
 traitement de la –: 305, 361, 393, 439, 470, 491
 déréalisation: 523
 désaccordage maternel: 168
Descendance de l'homme, La (C. Darwin): 106
 désensibilisation et retraitement par les mouvements oculaires: voir EMDR
 désensibilisation thérapeutique: 72, 105, 301, 302, 304
 déséquilibre chimique (cerveau): 23, 46, 58, 72
 désorganisation intérieure: voir attachement désorganisé
 détresse (chez les victimes de traumatisme): 41, 65, 128, 140, 369, 474
 Dewey, Kippy: 454
 diagnostic (définition): 191
 diagnostic erroné (chez les victimes de traumatisme infantile): 193
 Diamond, Adele: 543
 dissociation: 95, 96, 103, 171, 172, 173, 187, 196, 221, 247, 248, 249, 268, 270, 287, 298, 307, 316, 334, 339, 374, 378, 443, 445, 483; voir SSPT, 249; voir trouble dissociatif de l'identité (TDI)
 dissociation structurelle (approche thérapeutique): 378
 Doerries, Bryan: 447, 546
 dopamine: 48, 307
 douleur chronique: 285, 358
DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders): voir *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*
 Duffy, Frank: 442
 Dunkerque (évacuation des plage de) et amnésie (souvenir refoulé): 261
 dysfonctionnement exécutif: 417
 dysrégulation émotionnelle: 513; dysrégulation émotionnelle: voir trouble disruptif avec dysrégulation émotionnelle
 école: voir éducation scolaire
 écriture automatique: 323
 écriture dans la guérison du traumatisme: 323, 326, 328, 329

- ecstasy (MDMA): 303, 304
- éducation scolaire (comme ressource dans la guérison du traumatisme infantile): 473
- EEG: *voir* électroencéphalogramme
- EEGq : *voir* électro-encéphalographie quantitative
- effondrement: 14, 15, 72, 80, 118, 120, 121, 187, 389, 456, 469
- psychique: 40, 114; *voir* blocage, réaction de (immobilisation)
- Eisenhower, Dwight D.: 256
- Ekman, Paul: 106
- électroencéphalogramme (EEG): 415, 416, 417, 430, 431, 434
- électroencéphalographie quantitative (qEEG): 434, 435, 436
- électrophysiologie du cerveau: 416
- Eli Lilly (laboratoire): 55, 56
- El Sistema (cours de musique): 478
- EMDR (désensibilisation et retraitement par les mouvements oculaires): 14, 73, 298, 305, 309, 313, 324, 333, 335, 344, 390, 404, 414, 432, 440, 491
- Emerson, David: 361, 363
- Emotional Freedom Technique (EFT): 357
- émotions liées au traumatisme: 11, 12, 57, 59, 87, 92, 96, 98, 102, 103, 109, 126, 133, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 187, 196, 198, 222, 228, 246, 248, 249, 266, 278, 279, 284, 292, 294, 295, 298, 300, 301, 302, 325, 334, 350, 360, 368, 369, 388, 389, 392, 406, 438, 451, 453, 460, 462, 469, 470, 473, 488; *voir* alexithymie, athymie
- empathie: 86, 87, 114, 159, 184, 225, 294, 484, 505
- empêche: 221
- encourager (capacité à s'): 161
- endocrinien (système): 83
- endorphines: 53, 301
- enfants:
 - et loyauté familiale: 187, 188, 406, 505; *voir aussi* antipsychotiques, attachement, cartes intérieures, maltraitance infantile, parents et enfants
- engourdissement: 98, 105, 128, 176, 272, 303, 322, 367, 369, 378
- émotionnel: 227
 - intérieur: 28, 358
- épigénétique: 213
- épilepsie: 320, 416, 423, 442
- équilibre homéostatique: 136
- équithérapie: 211, 289
- Erichsen, John Eric: 261
- Erickson, Milton: 343
- Esalen, institut (Californie): 404
- estime de soi: 233, 391, 398
- Estonie (« Révolution chantante »): 449
- état-major britannique (rejet du diagnostic d'« obusite »): 255
- Eth, Spencer: 313
- évitant: *voir* attachement
- excitation: 65, 111, 113, 122, 137, 161, 219, 225
- contrôle de l'–: 113, 114, 115, 153, 161, 224, 225
- exilés (thérapie IFS): 379, 387, 388, 389, 392
- expérience de soi: 133, 249, 322, 345

- expériences extracorporelles: 144, 334, 445
 expériences négatives de l'enfance (ENE): 202, 203, 204, 207, 208, 209, 218, 223, 467, 472
 expériences sensorielles: 130, 131, 358, 413
 expériences traumatiques de l'enfance: voir expériences négatives de l'enfance (ENE)
 exposition (thérapie par l'): 220, 267, 299, 300, 302, 345, 353, 531
Expression des émotions chez l'homme et les animaux, L' (Ch. Darwin): 106
 Fairbairn, Ronald: 156
Father-Daughter Incest (J. Herman): 193
 fatigue chronique (syndrome de): 444
 faux souvenirs: 260, 261
 Feldenkrais, Moshe: 134
 méthode –: 292, 310
 Felitti, Vincent: 201, 202, 204, 206
 féminisme: 260
 Fisher, Sebern: 419, 420, 421, 422, 424, 426, 427, 437
 Fish-Murray, Nina: 152, 154
 Fisler, Rita: 63
 flash-back: 20, 22, 27, 31, 35, 36, 63, 65, 67, 68, 69, 70, 96, 97, 99, 100, 101, 103, 105, 145, 185, 190, 219, 240, 266, 267, 270, 271, 277, 298, 301, 309, 330, 333, 335, 338, 357, 369, 439, 440
 Fluoxétine: voir Prozac
 Foa, Edna: 316
 fonctionnement exécutif: 70, 80, 435, 436, 441
 fonctions exécutives: 280, 297, 543
 fonctions vitales (régulation des): 61, 82, 83, 88, 92, 113, 137, 161, 169, 325, 360, 483
 Fosha, Diana: 151
 fréquence cardiaque: 360; voir aussi variabilité de la fréquence cardiaque (VFC)
 Freud, Sigmund: 30, 46, 52, 244, 249, 250, 251, 253, 267, 297, 299, 314, 333, 517
 Frewen, Paul: 142, 144
 fuite (réaction de): 49, 50, 66, 67, 71, 80, 81, 85, 90, 92, 108, 113, 114, 118, 119, 120, 121, 124, 126, 140, 284, 295, 296, 334, 357, 417, 443, 470
 Fussell, Paul: 329
 Galien: 113
 Gazzanig, Michael: 377
 gène:
 - chez les singes rhésus: 214, 215, 216
 - et attachement: 212
 - expression: 212, 213, 214, 215, 216, 468
 génétique: 84, 215, 216, 469, 504, 510
 - et maladie mentale: 212, 231
 - et stress traumatique: 212
 gestes d'autopréservation: 139
 Gottman, John: 161
 Grande Dépression: 256, 480
 Grant, étude sur le développement de l'adulte: 242

- Gray, Jeffrey: 54, 55, 57
Great War and Modern Memory, The (P. Fussell): 329
Great Work of Your Life, The (S. Cope): 312
 Greenberg, Mark: 51, 52, 53
 Greenberg, Ramon: 533
 Greer, Germaine: 258
 Griffin, Paul: 450, 451, 457, 458, 459, 460
 Gross, Steve: 124
 Guerre mondiale (Première): 329
 vétérans: 24, 255, 256, 257, 258, 261; *voir aussi* obusite
 Guerre mondiale (Seconde): 157, 286, 406
 vétérans: 34, 79, 242, 258, 259, 261
 Guntrip, Harry: 156

 Haig, Douglas: 255
 haine de soi: 52, 183, 188, 221, 277, 375, 378, 386, 444, 484
 Haley, Sarah: 27
 hallucinations: 30, 423
 – hypnopompiques: 340; *voir aussi* auto-illusion
 Hamlin, Ed: 434
 Harris, Bill: 217
 Hartmann, Ernest: 415, 416, 421
 Harvard, faculté de médecine: 63
 Harvard (laboratoire du développement humain): 160
 Hawthorne, Nathaniel: 415
 Head Start: 472
 HeartMath: 537
 Heckman, James: 233, 467
 Hedges, Chris: 51
 Herman, Judith: 193, 260, 398

 hippocampe: 89, 90, 100, 213, 244
Histoire de ma vie (H. Keller): 318
 Hobson, Allan: 45, 350, 352
Holocaust Testimonies: The Ruins of Memory (L. Langer): 267, 488
 Hölzel, Britta: 285, 369
 homéostasie: 83
 Homère: 27, 439
 homme (comme animal social): 231
 honte liée à un épisode traumatique: 12, 27, 28, 70, 98, 128, 139, 146, 178, 194, 204, 207, 240, 277, 286, 287, 315, 379, 384, 388, 389, 403, 422, 483, 505; *voir aussi* culpabilité
 Hoover, Herbert: 256
 hôpitaux et services psychiatriques: 58, 166, 218, 313, 356, 425, 459, 482
 hôpitaux psychiatriques (population des): 39, 41, 47
 Hopper, Jim: 359
 Hosseini, Khaled: 19
 Huston, John: 258, 299
 hypertension artérielle: 325, 361
 hypnose: 247, 258, 299
 hypnotique (transe): 258, 432, 438
 hypothalamus: 83, 89, 90
 hystérie: 244, 245, 246, 249, 250, 517

 identité (sentiment d'): 162, 189, 233, 316, 334, 483; *voir* trouble dissociatif de l'identité
 IFS: *voir* Internal Family System (IFS)
 îlots de sécurité: 331, 473
 imagerie par résonance magnétique fonctionnelle (IRMf): 62, 96, 99, 434

- imagination: 29, 32, 43, 78, 350, 390, 410, 479
 défaillance de l'– due au traumatisme: 32, 138
 imitation (aptitude sociale): 160
 immobilisation: 80, 81, 123, 295, 297, 483; *voir* blocage
 immunitaire
 déficit –: 167
 fonction –: 226, 326, 393
 réponse –: 285
 système –: 11, 83, 136, 179, 180, 184
 imprudence au volant: 171
 impulsions: 12, 98, 284, 296, 374
 contrôle/maîtrise des –: 57, 159, 222, 224, 229, 360, 390, 431
 impulsivité: 171, 211, 216, 229, 282, 417
 inceste: 36, 153, 154, 179, 180, 181, 184, 185, 186, 202, 258, 260, 279, 328, 338, 348, 356, 357, 358, 389
 effets à long terme d'un –: 226, 227, 228
 Inde (médecine traditionnelle): 109, 282
 information sensorielle: 89, 90, 102, 132, 139
 inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS): 57, 292, 305
 inhibition: 88, 111, 316, 324, 422
 de la curiosité: 197
 inné et acquis (débat sur l'): 214, 223
 Insel, Thomas: 231, 442
 Institut national de la santé mentale (EU): 343, 442, 443
 insula: 132, 133, 334, 369, 370, 500, 523
 intégration sensorielle: 173, 291, 436, 524, 543
 des souvenirs traumatiques: 249, 297, 298, 299, 304, 353, 533
 intelligence émotionnelle: 477
 interdépendance: 458
 Internal family system (IFS) (thérapie): 304, 378, 379, 380, 381, 382, 384, 390, 391, 392, 393, 397
 intéroception: 138, 280, 281, 367, 370, 537
 intimité: *voir* relations intimes
 inventaire des cognitions post-traumatiques: 316
 Irak (guerre d'): 256, 419, 436
 vétérans: 302, 310, 315, 447, 468
 IRMf: *voir* imagerie par résonance magnétique fonctionnelle (IRMf)
 irritabilité: 71, 219, 440, 527
 isolement du traumatisme: 116, 315, 319, 322, 391, 410, 459, 479
 James, William: 130, 135, 254, 373, 377, 398, 415
 Janet, Pierre: 81, 158, 244, 245, 246, 247, 248, 249, 251, 254, 266, 296, 299, 419, 488
 Jouvét, Michel: 350
 Jung, Carl: 46, 377, 398, 539
 Justice Resource Institute: 457, 524
 Kabat-Zinn, Jon: 285
 Kagan, Jerome: 116
 Kaiser Permanente, hôpital (San Diego): 201, 202, 218
 Kamiya, Joe: 423

- Kandel, Eric: 44
 Kardiner, Abram: 24, 25, 257, 261, 487
 Katrina (ouragan): 81
 Keats, John: 335
 Keegan, John: 255
Keeping Together in Time (W. H. McNeill): 448
 Keller, Helen: 317, 318
 Kinneburgh, Kristine: 524
 Klonopin: 304, 306
 Kluft, Richard: 378
 Kluft, Rick: 339
 Koch, Robert: 230
 Kradin, Richard: 179
 Krantz, Anne: 328, 329
 Krystal, Henry: 142, 143
 Krystal, John: 50
 Kulkosky, Paul: 438, 440
- La guerre est une force qui nous octroie du sens* (C. Hedges): 51
Lancet, The: 261
- langage:
 thérapie par le –: 312; voir *talking cure*
 troubles du –: 221
- Langer, Lawrence: 267, 268, 488
 Lanius, Ruth: 96, 131, 133, 142, 144, 146, 353
 Laub, Dori: 488
 Lawrence, T. E.: 314
 Lazar, Sara: 285, 369
 leadership du Self: 277, 373, 381
 LeDoux, Joseph: 89, 90, 281
 Lejeune (camp de marines): 364
 Levine, Peter: 44, 138, 295, 331, 531
- lieu de contrôle intérieur: 161; voir attachement
 lieu de contrôle intérieur: 161
 Lifton, Robert J.: 35
 ligne frontale médiane (rythme thêta): 131, 542
 limbique: voir système limbique
 lobe:
 – frontal: 85, 86, 87, 88, 89, 91, 92, 94, 138, 147, 243, 297, 417, 431, 435, 436, 532
 – frontale gauche: 67
 – pariétal: 132
 – préfrontal: 342
 – temporal: 320, 417, 541
 – temporal droit: 427, 430, 435
- LSD: 302
 L-tryptophane: 55
 lupus érythémateux: 179
 lutte:
 – pour la survie: 108, 137, 272
 réaction de –: 49, 50, 66, 67, 71, 80, 81, 85, 90, 92, 108, 113, 114, 118, 119, 120, 121, 124, 126, 284, 295, 296, 334, 357, 417, 443, 470
- Lyons-Ruth, Karlen: 170, 171, 172, 512
- Mac Arthur, Douglas: 256
 Macbeth (Shakespeare): 67, 312
 MacLean, Paul: 94
 Maier, Steven: 49, 50
 Main, Mary: 164, 166, 499
 maîtrise de soi: 15, 125, 277, 455
 maladie auto-immune: 79, 126, 179, 391

- maladie mentale: 40, 46, 58, 59, 61, 192, 212, 231, 472
- maladies cardiaques: 207, 472
- maltraitance infantile: 14, 145, 168, 172, 180, 190, 194, 196, 197, 198, 200, 201, 205, 209, 213, 218, 222, 223, 286, 288, 300, 307, 344, 379, 381, 409, 417, 436, 467, 472, 479, 481, 482, 503
- problème de santé publique: 207, 208
- Mamet, David: 446
- manager (thérapie IFS): 379, 384, 385, 386, 387, 388, 389, 392, 394
- Mandela, Nelson: 479
- Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM)*: 48, 192, 200, 201, 219, 223, 229, 231, 232, 434, 442, 482, 513
- DSM-III*: 48, 192, 200, 219, 262
- DSM-IV*: 230
- DSM-V*: 223, 229, 230, 231, 513
- Marche de l'Empereur, La* (film de Luc Jacquet): 138
- Marlantes, Karl: 316, 317
- massages: 134, 313
- McFarlane, Alexander: 130, 332, 417, 419, 435, 436
- McGaugh, James: 243
- McNeill, William H.: 448
- MDMA: voir ecstasy
- médecine non occidentale: 109, 126, 281, 282, 361
- Medicaid: 59, 60, 307
- médicaments: 14, 15, 30, 36, 40, 48, 49, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 72, 97, 102, 109, 140, 145, 212, 220, 281, 282, 292, 302, 304, 305, 306, 307, 308, 343, 344, 351, 353, 356, 359, 374, 387, 391, 427, 433, 437, 439, 440, 441, 470, 472, 543; voir aussi antidépresseurs, antipsychotiques, antianxiolytiques, rentabilité pharmaceutique
- méditation: 113, 283, 364, 365, 369, 382, 441, 448, 522; voir aussi pleine conscience
- Meltzoff, Andrew: 160
- mémoire autobiographique: 102, 522
- mémoire (problèmes de): 71, 89, 200, 244, 262
- menace:
 - détection de –: 54, 57, 83, 89, 90, 93, 98, 110, 118, 155, 163, 187, 233, 289
 - et SSPT: 219
 - hypersensibilité à la –: 13, 24, 54, 180, 483
 - protection contre la –: 286
 - réaction à la –: 50, 71, 79, 80, 81, 85, 88, 93, 119, 121, 125, 136, 137, 140, 179, 221, 243, 345
- méthode de réduction du stress (J. Kabat-Zinn): 285
- méthylation: 212, 213
- milieux défavorisés (lien désorganisé et): 167
- militarism: 257
- 1984 (G. Orwell): 157
- Minsky, Marvin: 377, 378
- mode par défaut (MPD):
 - réseau du –: 131, 522
- moi autobiographique: 320
- Monde où je vis, Le* (H. Keller): 318
- monométhyldrazine (MMH): 423
- Moore, Dana: 363

- motivation: 29, 133, 316, 449
 Murray, Henry: 152
 Murrow, Ed: 68
 musique (thérapie): 105, 174, 290,
 328, 448, 457, 476, 478
 Myers, Charles Samuel: 255, 257,
 261
 Myers, Frederic: 261
- naltrexone: 440
 négligence parentale (effets de la):
 198, 201, 222
 néocortex: voir cortex cérébral
 nerf vague: 108, 114, 118, 119
 neurobiologie interpersonnelle: 13,
 86
 neuroception: 117
 neurofeedback: 14, 102, 282, 301,
 324, 346, 419, 420, 421, 422, 423,
 431, 524
 neuro-imagerie: 63, 92, 131, 334,
 342, 400, 531
 neurones miroirs: 86, 87, 115, 147,
 159
 neurosciences: 13, 49, 62, 63, 82, 86,
 94, 138, 263, 281, 319, 333, 367,
 369, 377, 382, 415, 467
 neurotransmetteurs: 48, 214
Névroses traumatiques de guerre,
Les (A. Kardiner): 24, 257
 Newberger, Carolyn et Eli: 478
 New England Journal of Medicine:
 491
New York Times: 51, 312, 450, 491
 Nijenhuis, Ellert: 378
 Noradrénaline: 48, 63
 nouveau-nés et accordage: 159, 160,
 161
- noyaux gris centraux: 342
- obésité: 60, 201, 202, 205, 206, 227
 obusite: 24
 – et état-major britannique: 255,
 256
 ocytocine: 303, 514
 Ogden, Pat: 44, 139, 295
 Olds, David: 233
 ondes cérébrales: 416, 417, 418,
 419, 421, 422, 423, 430, 431, 434,
 435, 436; voir alpha, bêta, thêta
 (ondes)
 ondes delta: 430, 431
 Orange-Nassau, Maurice d': 449
Orestie, L' (Eschyle): 446
Origine des espèces, L' (Ch. Darwin):
 106
 Orr, Scott: 53
 Orwell, George: 157
- Packer, Tina: 444, 450, 451, 463, 464
 panique: 40, 50, 85, 117, 121, 187,
 190, 221, 244, 258, 287, 306, 330,
 331, 362, 367
 crises de -: 140, 192, 238, 374,
 441
 trouble -: 201
 Panksepp, Jaak: 449, 506, 520
 paralysie épisodique: 27, 50, 54, 102,
 176, 244, 310, 376
 parasympathique: voir système ner-
 veux parasympathique (SNP)
 parents et enfants (relations): 79,
 122, 154, 156, 158, 160, 161, 164,
 167, 168, 169, 170, 180, 182, 187,
 224, 233, 291, 398, 406, 409
 source de traumatisme: 37, 41,

- 56, 111, 140, 170, 171, 186, 189, 200, 203, 233, 286, 289, 396
- Partir à la guerre* (K. Marlantes): 316
- Pascual-Leone, Alvaro: 541
- Pasteur, Louis: 230
- Patton, George: 21, 34, 256
- Pavlov, Ivan: 62, 109, 110, 111, 112
- Paxil: 57, 305, 344
- Pearlman, Chester: 533
- pédophilie (victimes de prêtres pédophiles): 237, 238, 239, 240, 261, 287, 380
- pendulation: 331, 332, 385, 448, 531
- Peniston, Eugene: 438, 440, 441
- Pennebaker, James: 324, 325, 326, 328, 329
- pensées dysfonctionnelles: 332
- pensées et sensations (interaction): 284
- perception altérée de la sécurité et du risque: 117, 180, 357
- percussions: 126, 282
- père-fille (relations): 153
- périaqueducale (substance grise): 147
- Perry, Bruce: 84
- Perry, Chris: 194, 196, 198, 398
- personnalité:
 - aspects de la –: 539
 - sortes de –: 214
 - théorie de la –: 152
 - transmission de la –: 214
 - troubles de la –: *voir* borderline
- perte (comme expérience humaine fondamentale): 45
- Pesso, Albert: 399, 401, 402, 521
- peur (chez les victimes de traumatismes): *voir* crainte chez les victimes de traumatismes
- pharmaceutique (pouvoir de l'industrie): 60, 307, 491
- pharmacologie: 58, 126, 416
- pharmacologique (révolution): 46, 416
- pharmacothérapie: 281
- phobies: 299, 300, 345
- Piaget, Jean: 152
- Pilates: 105, 273
- Pitman, Roger: 50, 53, 264, 301, 302, 535
- placebo (effet): 56
- plaisir: 28, 51, 53, 83, 102, 122, 123, 130, 135, 143, 144, 145, 162, 208, 292, 305, 307, 355, 367, 379, 409, 414
- Platoon* (film d'Oliver Stone): 53
- pleine conscience: 91, 92, 98, 138, 185, 282, 283, 284, 285, 304, 306, 358, 363, 365, 380, 381, 382, 383, 396, 432, 523
- Plutarque: 449
- pneumogastrique (nerf): 114, 119, 281, 331; *voir aussi* nerf vague
- Pollack, Seth: 163
- polyarthrite rhumatoïde (et IFS): 391
- polyvagale (théorie): 114, 126
- pompiers (thérapie IFS): 379, 387, 388, 389, 392
- Porges, Stephen: 114, 117, 118, 122, 125, 495
- Porges, Steve: 123
- Possibility Project: 450, 457, 546
- pranayama: 126, 364
- présent:
 - difficultés à vivre dans le –: 38, 56, 73, 97, 100, 101, 105, 120,

- 134, 185, 268, 273, 278, 296,
298, 300, 332, 435
- Prince, Morton: 254
- Principes de psychologie, Les* (W. James): 373
- prisonniers: 296, 326
- programme d'agression modèle: 296
- prolactine: 303
- promiscuité physique: 173
- propranolol: 306
- proprioceptif: *voir* système proprioceptif
- proto-soi: 136
- prouesses athlétiques (neurofeedback et): 433
- Prozac (fluoxétine): 55, 56, 57, 59, 303, 305, 308, 343, 344, 353, 491
- psalmodie: 126
- psychanalyse: 24, 40, 157, 249, 250, 251, 254, 313
- psychiatrie: 33, 36, 45, 46, 47, 58, 192, 212, 230, 231, 241, 244, 257, 258, 263, 281, 304, 399, 424
- psychiatriques:
- diagnostics –: 115, 192, 199, 227, *voir aussi Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*
 - indications –: 60
 - problèmes et troubles –: 48, 167, 210, 212, 255, 374, 416, 417
- Psychology Today: 423
- Psychomotrice (thérapie): *voir* thérapie psychocorporelle
- psychopathologie du développement: 13
- psychopharmacologie: 36, 48, 399
- psychothérapie: 14, 39, 40, 58, 72, 297, 303, 304, 399, 441
- sensorimotrice: 295, 296
- psychotropes: 22, 59, 208, 303, 305, 307, 424, 439
- Puk, Gerald: 341
- Putnam, Frank: 50, 226, 228, 339
- qi gong: 126, 331, 356, 363
- Que la lumière soit* (J. Huston): 258, 299
- rage: 14, 15, 27, 43, 81, 94, 120, 121, 145, 178, 187, 188, 197, 279, 322, 369, 375, 379, 422, 469
- crises de: 11, 21, 22, 23, 28, 29, 37, 114, 176, 287, 328, 335, 383
- railway spine: 244
- Rauch, Scott: 63, 65
- réactivité au stress: 72, 224, 285, 306
- recherche des sensations: 216, 358
- réciprocité: 116, 117, 173, 291, 399, 474, 477, 479
- reconnaissance de soi (absence de): 133
- régulation:
- de bas en haut: 92
 - de haut en bas: 92, 359
 - des fonctions corporelles: 483; *voir* autorégulation
 - des sentiments et émotions: 84, 92, 126, 222, 282, 285, 351, 368, 482
- relations intimes (difficultés): 27, 124, 173, 182, 200, 367, 389, 390
- relaxation: 345, 423, 432, 436, 531
- Relman, Arnold: 491
- Remarque, Erich Maria: 237, 256

- Rembrandt: 293
*Remémoration, répétition et perla-
 boration* (S. Freud): 297
 rentabilité pharmaceutique: 60
 réseau du mode par défaut (MPD):
 voir mode par défaut
 Research Domain Criteria (RDoC):
 231
 Réseau national sur le stress tra-
 matique chez l'enfant (RNSTE):
 216, 217, 218, 472, 481
 résilience: 124, 151, 156, 226, 423,
 424, 473, 478, 479, 512
 respiration: 92, 93, 112, 118, 119,
 121, 123, 126, 131, 136, 145, 185,
 282, 283, 294, 356, 360, 361, 362,
 363, 364, 368, 369, 371, 395, 402,
 405, 464, 465, 476, 477
 rêve: 22, 45, 189, 219, 269, 351, 352,
 360, 414, 415, 416, 431, 533
 reviviscence: 52, 95, 96, 97, 99, 145,
 219, 241, 247, 248, 288, 337, 438,
 456
 Rilke, Rainer Maria: 127
 Risperdal: 59, 60, 292, 306, 307, 308
 Ritaline: 60, 153, 191
 rites collectifs et religieux: 446, 447
 Rivers, W. H. R.: 261
 Rorschach (test de): 30, 31, 32, 57,
 152, 323, 490
 Roy, Alec: 216
 Rozelle, Deborah: 291
 Rumi: 373
 ruminations suicidaires: 198
 Rwanda (génocide): 330
 rythme (thérapie): *voir* chant et
 rythme
 rythme cardiaque: 64, 65, 66, 71, 90,
 103, 104, 110, 112, 113, 118, 120,
 136, 161, 165, 167, 325, 346, 362
 Salpêtrière, hôpital de la: 245, 246,
 247, 249, 266
 santé mentale: 61, 109, 116, 173, 210,
 217, 225, 230, 231, 474, 489, 512
 Saxe, Glenn: 169
 scanners cérébraux: 67, 69, 71, 72,
 73, 96, 99, 100, 101, 102, 103, 104,
 120, 131, 133, 137, 142, 143, 144,
 243, 298, 342, 347, 399, 434, 522
 Schilder, Paul: 144
 schizophrénie: 35, 40, 47, 48, 212,
 251
 – paranoïde: 30
 Schwartz, Richard: 378, 380, 381,
 389, 390, 391, 521, 543
 Science (Damasio A.): 136
 sécurité:
 biologie de la –: 114
 – émotionnelle (attachement):
 163, 167, 168, 169, 216, 286
 niveau de –: 117, 118, 226
 sentiment de –: 61, 64, 81, 83, 84,
 110, 114, 116, 117, 122, 124,
 131, 161, 199, 279, 285, 288,
 289, 295, 318, 320, 365, 371,
 393, 403, 405, 470, 474, 479,
 506
 système de – (cerveau): 125
 Self: 304, 380, 381, 382, 383, 384,
 387, 388, 389, 390, 391
 self-leadership: *voir* leadership du Self
 Seligman, Martin: 49, 50
 Semrad, Elvin: 25, 45, 322

- sensorimotrice (thérapie): 139, 292;
voir psychothérapie sensorimotrice
Sentiment même de soi, Le (A. Damasio): 134
 septembre: 77, 78, 169, 242, 314
Sept Piliers de la sagesse, Les (D.H. Lawrence): 314
 Seroquel: 59, 145, 292, 306, 307, 308
 sérotonine: 54, 55, 57, 63, 214, 215, 216, 292, 305, 353
 Servan-Schreiber, David: 409, 492
 sevrage: 52, 440
 sexualité (perturbation): 98, 200, 227
 Shadick, Nancy: 391, 393
 Shakespeare & Company: 444, 450, 461, 464
 Shakespeare in the Courts: 450, 452, 460, 462, 463, 546
 Shakespeare, William: 67, 312, 460, 461
 Shalev, Arieh: 50, 535
 Shanley, Paul: 238, 239, 240, 252, 263
 Shapiro, Francine: 339
 Shatan, Chaim: 35
 Shavasana: 365
 Shell Shock in France (Ch. Myers): 257
 Showell: 393
 silence (post-traumatique): 207, 267, 315, 319, 328, 329
 singes rhésus (étude): 214
 situation étrange (M. Main): 164
 Sky, Licia: 292
 SNA: *voir* système nerveux autonome
 SNS: *voir* système nerveux sympathique
 Solomon, Richard: 52, 53
 Solomon, Roger: 351
 somatique (expérimentation): 295, 296
 thérapie –: 134, 296, 324
 somatiques (symptômes – du traumatisme): 136, 141, 254, 439
 Somme (bataille de la): 255
 sommeil: 22, 88, 136, 231, 350, 351, 352, 353, 360, 416, 430, 431, 436, 445
 – lent: 351
 – paradoxal: 351, 353, 416
 troubles du –: 71, 83, 137, 221, 351, 483
 Sophocle: 446
 soumission: 140, 296, 379
 sous-personnalités: 377
 Southborough (rapport): 256; *voir aussi* obusite
 Southwick, Steve: 50
 soutien social (familial), pour les enfants victimes de traumatisme: 233, 471
 souvenir refoulé: 252, 253
 – de l'évacuation des plages de Dunkerque: 261, 262, 263
 souvenirs traumatiques: 35, 105, 244, 247, 248, 250, 264, 265, 266, 295, 297, 298, 299, 303, 332, 343, 344, 350, 375, 376, 488
 Sowell, Nancy: 391
 Sperry, Roger: 77
 Spinazzola, Joseph: 218, 456, 473
 Spitzer, Robert: 200
 Sroufe, Alan: 197, 223, 224, 225, 226, 232
 Steel, Kathy: 378

- Serman, Barry: 423, 424
 Stern, Jessica: 19
 Stickgold, Robert: 351, 352
 stimulation magnétique transcrânienne (TMS): 541
 stimuli: 32, 53, 54, 71, 111, 112, 438
 Stone, Oliver: 53
 stress:
 hormones du –: 13, 49, 50, 66, 71, 80, 81, 89, 90, 97, 98, 100, 140, 161, 167, 213, 214, 221, 226, 227, 295, 316, 346, 361, 475
 mobilisation continue du –: 80
 stress traumatique: 14, 48, 81, 92, 95, 105, 212, 217, 246, 252, 258, 279, 288, 304, 305, 309, 328, 419, 429, 435, 446, 468, 469
 – chez l'enfant: 216, 217, 472, 474, 475, 481
 structures cérébrales sous-corticales: 137
 suicidaires (pensées et conduites): 41, 47, 128, 171, 198, 206, 211, 380, 386, 387
 suicide: 446, 472
 taux de –: 33, 207, 447
 tentatives de –: 40, 194, 198, 205, 211, 216, 320, 328, 346
 suicide par flic interposé: 252
 Summit, Roland: 191
 Suomi, Stephen: 214, 216, 224, 225
 Symptômes dissociatifs: 172, 227
 symptômes psychiatriques: 285
 syndrome de stress post-traumatique (SSPT): 24, 28, 35, 50, 53, 54, 56, 57, 59, 80, 92, 102, 105, 108, 114, 130, 133, 143, 168, 169, 192, 193, 197, 199, 200, 201, 210, 219, 220, 241, 246, 249, 283, 298, 300, 301, 307, 308, 314, 316, 319, 328, 329, 332, 342, 343, 344, 345, 346, 351, 352, 353, 357, 360, 361, 362, 364, 393, 418, 419, 429, 431, 435, 436, 440, 442, 467, 468, 512, 513, 527, 531, 533, 534, 537, 542, 543
 Système familial intérieur: *voir* Internal family system (IFS)
 système limbique: 66, 83, 84, 85, 88, 89, 94, 137, 243, 279, 280, 358
 système nerveux autonome (SNA): 89, 92, 110, 113, 118, 306, 359, 360
 système nerveux parasymphatique (SNP): 113, 120, 122, 284, 357, 359, 360, 361
 système nerveux sympathique (SNS): 113, 119, 120, 122, 359, 360, 361
 système proprioceptif (équilibre): 334
 Szyf, Moshe: 213
 tabac (rapport sur les méfaits du): 208
 tai-chi: 282
 talking cure: 249, 250, 251, 282, 313, 319, 340, 399
 Tavistock, clinique: 156
 TAR: *voir* trouble de l'attachement réactif
 TCC: *voir* thérapie comportementale et cognitive (TCC)
 TDAH: *voir* trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité
 Teicher, Martin: 196, 209, 505, 506, 541

- témoin (dans la thérapie psychocorporelle): 400, 404, 405, 407, 408, 412
- temporo-pariétal (carrefour): 144
- temps (notion du): 88, 97, 100, 271, 298, 368
- tension artérielle: 64, 66, 90, 98, 285, 325, 326, 346
- test d'aperception thématique (TAT): 152
- testostérone: 228
- thalamocortical (réseau): 542
- thalamus: 89, 90, 101, 102, 243, 244, 370, 435
- théâtre (comme thérapie): 14, 284, 291, 346, 444, 474, 478, 524
- Théâtre de la Guerre (compagnie théâtrale): 447
- thérapie comportementale: 220, 273, 313
- thérapie comportementale dialectique: 363, 364
- thérapie comportementale et cognitive (TCC): 110, 251, 267, 299, 300, 313, 332, 333, 393, 492
- thérapie corporelle: 44, 295
- thérapie de groupe (limites): 34
- thérapie interactive parent-enfant: 291
- thérapie par exposition: *voir* exposition
- thérapie psychocorporelle: 346, 399, 410, 413
 atelier de – (PBSP): 400
- thérapie psychomotrice: 399, 403
- thérapie sensorimotrice: 291
- thêta (ondes): 431, 432, 438, 439, 542
- Thorazine: *voir* chlorpromazine
- tomographie par émission de positons (TEP): 62, 96
- Tourette, Gilles de La: 245
- toxicomanie: 34, 171, 439, 440, 472, 476
- traitement sensorimoteur par régulation de l'excitation: 291, 292
- transe (états de): 438, 439; *voir* hypnotique (transe)
- Trauma and Recovery* (J. Herman): 260
- Trauma Center: 14, 96, 104, 114, 124, 125, 152, 172, 174, 210, 211, 218, 229, 232, 290, 291, 292, 310, 359, 361, 363, 365, 428, 435, 452, 455, 457, 473, 478, 543, 546
- Trauma Drama: 450
- traumatisme infantile: 133, 194, 197, 199, 203, 204, 222, 324, 344
- Trevarthen, Colwyn: 159
- Trickett, Penelope: 226
- tronc cérébral (cerveau reptilien): 83, 88, 89, 92, 118, 135, 137, 243
- Tronick, Ed: 122, 160
- trouble de la personnalité borderline (TPB): 193, 194, 196, 197, 201
- trouble de la personnalité multiple: 374
- trouble de l'attachement réactif (TAR): 211
- trouble de traumatisme développemental: 221, 223, 232, 233
- trouble disruptif avec dysrégulation émotionnelle: 220, 229, 513
- trouble dissociatif de l'identité (TDI): 374, 427, 539

- trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH): 60, 153, 156, 191, 210, 417, 431, 433, 436
- trouble du traumatisme développemental: 222
- trouble explosif intermittent: 229
- trouble oppositionnel avec provocation: 229
- troubles de l'attention: *voir* attention et TDAH
- troubles du sommeil: *voir* sommeil
- trouble oppositionnel avec provocation (TOP): 156, 210, 220
- troubles cardiaques: 360
- troubles psychiatriques: 172
- Tutu, Desmond: 448
- Ubuntu: 469
- Urban Improv: 450, 453, 454, 455, 456, 546
- Valium: 304, 306
- valproate: 191, 306, 527
- van der Hart, Onno: 378, 516
- Van der Kolk Center: 289, 524
- variabilité de la fréquence cardiaque (VFC): 114, 167, 359, 360, 361, 362, 363, 364, 365, 478, 537
- vasopressine: 303
- Vérité et réconciliation (commission): 290, 448, 469
- Versailles, traité de: 257
- vétérans (anciens combattants): 57, 152, 176, 189, 199, 219, 259, 260, 289, 299, 301, 307, 308, 311, 320, 331, 344, 362, 364, 419, 440, 441, 445, 446, 447, 451, 453, 461, 468
- VFC: *voir* variabilité de la fréquence cardiaque
- vide intérieur: 398
- Vietnam (vétérans de la guerre du): 19, 51, 53, 54, 56, 68, 218, 251, 258, 261, 301, 302, 316, 317, 330, 438, 439, 447, 461
- violence familiale: 12, 36, 467
- voix (réaction aux): 125
- Walter Reed (Centre médical militaire): 432
- Warner, Liz: 291, 543
- Warren, Robert Penn: 39
- Werner, Emmy: 512
- Wiesel, Elie: 479
- Williams, Dar: 277
- Williams, Linda Meyer: 262
- Wilson, Scott: 179
- Winnicott, Donald: 156, 162
- Woodman, Marion: 312
- World Enough and Time (Warren R. P.): 39
- Xanax: 304, 306
- Yale (archives vidéo de l'université de): 267
- Yehuda, Rachel: 50, 168, 169
- yoga: 14, 59, 92, 113, 125, 281, 282, 283, 306, 310, 313, 346, 355, 524
- Yoga and the Quest for the True Self* (S. Cope): 355, 366
- Zaichkowsky, Len: 433
- Zolof: 57, 344
- Zyprexa: 59, 145

CRÉDITS DES ILLUSTRATIONS

Pages 65, 90, 93, 99, 103, 119, 178, 186, 327, 362, 370, 418, 420, 431 : les illustrations sont la propriété de l'auteur

Page 78 : dessin de Noam Saul

Page 80 : dessin de Licia Sky

Page 81 : à gauche © AP Photo/Paul Hawthorne ; à droite © Illinoisphoto.com

Page 88 : dessin de Licia Sky

Page 120 : © Ned Kalin

Page 132 : dessin de Licia Sky

Page 154 : © DR

Page 155 : dessin de Licia Sky

Page 163 : © 2000, American Psychological Association

Page 246 : huile sur toile d'André Brouillet, *Une leçon clinique du docteur Charcot à la Salpêtrière* (1887). Étudiants du service du professeur Jean Martin Charcot (1825-1893) qui explique le cas de Blanche Wittman, sa patiente et cobaye préférée pour ses recherches sur l'hystérie. Il est assisté de Joseph Babinski (1857-1932). Conservée au Musée d'histoire de la médecine de Paris. © Photo Josse / Leemage

Page 280 : dessin de Licia Sky

Page 293 : dessin de Rembrandt Harmensz van Rijn, *La guérison de la belle-mère de saint Pierre*. Plume et encre brune, lavis brun, parfois étalé avec le doigt, par endroits rehaussé à la gouache blanche (171 × 189 mm), inv. 5794. © Fondation Custodia, Collection Frits Lugt, Paris.

TABLE

Prologue. L'exposition au traumatisme.....	11
--	----

I. LA REDÉCOUVERTE DU TRAUMATISME

1. Ce que nous ont appris les vétérans du Vietnam.....	19
Le traumatisme et la perte du moi	26
L'engourdissement intérieur	28
La réorganisation de la perception.....	29
Le blocage dans le traumatisme.....	33
Le diagnostic de stress post-traumatique.....	34
Une nouvelle compréhension	37
2. Des révolutions dans la compréhension de l'esprit et du cerveau	39
Traumatisme avant l'aube.....	41
Comprendre la souffrance	44
Le choc inéluctable	48
La dépendance au traumatisme : la douleur du plaisir et le plaisir de la douleur	51
Calmer le cerveau.....	54
Le triomphe de la pharmacologie.....	58

Adaptation ou maladie.....	61
3. Visualiser le cerveau : la révolution des neurosciences	62
En être muet d'horreur	67
« Basculer » dans une moitié du cerveau.....	69
Se trouver coincé dans la lutte ou la fuite.....	71

II. LE CERVEAU TRAUMATISÉ DANS TOUS SES ÉTATS

4. Sauve qui peut : l'anatomie de la survie.....	77
Organisé pour survivre	80
Le cerveau de haut en bas.....	82
Refléter les autres : la neurobiologie interpersonnelle.....	86
Identifier le danger : le cuisinier et le détecteur de fumée ..	89
Contrôler la réaction de stress : la tour de guet.....	91
Le cavalier et le cheval.....	93
Les cerveaux de Stan et Ute pendant le traumatisme.....	95
Dissociation et reviviscence.....	96
Le détecteur de fumée s'emballe.....	99
Le chronomètre s'arrête	100
Le thalamus se ferme.....	101
La dépersonnalisation : un clivage du moi	102
Apprendre à vivre dans le présent.....	105
5. Les relations corps-esprit	106
Ivan Pavlov et l'instinct d'orientation	109
Une fenêtre dans le système nerveux	112
Le code d'amour neuronal	114
Sécurité et réciprocité	116
Trois niveaux de sécurité.....	117
La lutte ou la fuite <i>versus</i> l'effondrement.....	120
Comment nous devenons humains	122

Se défendre ou se détendre ?	123
Nouvelles approches du traitement.....	124
6. Perdre son corps, perdre son moi.....	127
Perdre son corps.....	130
Comment sait-on que l'on est en vie ?.....	131
Le système de sensation de soi.....	134
Le moi menacé.....	136
L'autonomie : diriger sa vie.....	137
L'alexithymie : l'incapacité à dire ses sentiments.....	141
La dépersonnalisation.....	143
Fraterniser avec son corps.....	144
Entrer en contact avec soi et avec les autres.....	146

III. L'ESPRIT DES ENFANTS

7. Se mettre sur la même longueur d'onde : l'attachement et l'accordage.....	151
Des hommes sans mère.....	156
Une base sécurisée.....	157
La danse de l'accordage.....	159
Devenir réel.....	162
Faire avec ses parents.....	164
La désorganisation intérieure.....	167
Les effets à long terme de l'attachement désorganisé.....	170
La dissociation : savoir et ne pas savoir.....	171
Restaurer la synchronie.....	173
8. Des relations piégées par les sévices et l'abandon.....	175
Terreur et engourdissement.....	176
Une carte du monde déchirée.....	180
Apprendre à se souvenir.....	183

« Haïr sa maison ».....	187
Reproduire le traumatisme	189
9. Et l'amour dans tout ça ?.....	191
Comment recueille-t-on une histoire de traumatisme ?	193
L'automutilation.....	198
L'imprécision des étiquettes psychiatriques	199
L'épidémie cachée	201
Quand les problèmes sont en vérité des solutions	206
La maltraitance infantile : le plus grand problème de santé publique aux États-Unis.....	207
10. Le traumatisme développemental : l'épidémie cachée	209
Une question de mauvais gènes?.....	212
Comment l'étude des singes éclaire de vieilles questions sur l'inné et l'acquis	214
Le réseau national sur le stress traumatique chez l'enfant	216
Le pouvoir du diagnostic	218
Comment les relations façonnent le développement	223
Les effets à long terme de l'inceste	226
Le <i>DSM-V</i> : une mosaïque de « diagnostics »	229
Qu'apporterait le diagnostic de trouble de traumatisme développemental?.....	233

IV. LA TRACE DU TRAUMATISME

11. Découvrir les secrets : le problème du souvenir traumatique	237
Inondé d'images et de sensations	238
Souvenir ordinaire et souvenir traumatique.....	242
Découvrir les secrets du traumatisme	244
Amnésie, dissociation et reviviscence	247

Les origines de la « <i>talking cure</i> »	249
Le procès du souvenir traumatique	252
12. Le poids intolérable du souvenir	254
Le nouveau visage du traumatisme.....	257
La redécouverte du traumatisme.....	259
La science du souvenir refoulé	261
Souvenir ordinaire et souvenir traumatique.....	264
Écouter les survivants.....	267
L'histoire de Nancy.....	268

V. LES VOIES DE LA GUÉRISON

13. Guérir du traumatisme : retrouver la maîtrise de son moi	277
Une nouvelle optique thérapeutique	278
La thérapie du système limbique	279
Pactiser avec le cerveau émotionnel	281
L'intégration des souvenirs traumatiques	297
La thérapie comportementale et cognitive (TCC)	299
La désensibilisation.....	301
La drogue peut-elle faciliter l'accès au traumatisme ?.....	302
Et les médicaments ?.....	304
La voie de la guérison est le chemin de la vie.....	308
14. Le langage : miracle et tyrannie	312
La vérité indicible	314
Briser le silence	315
Le miracle de la découverte du moi	317
Se connaître ou raconter son histoire ?	
Notre double système de conscience	319
Le corps, porte-parole	322
Écrire à son moi.....	323

L'art, la musique et la danse.....	328
Les limites du langage.....	329
Traiter la réalité.....	332
S'incarner.....	333
15. Se détacher du passé : l'EMDR.....	335
Ma rencontre avec l'EMDR.....	337
Premières expositions à l'EMDR.....	339
Une étude sur l'EMDR.....	342
L'EMDR, une thérapie par exposition?.....	345
Traiter le traumatisme par l'EMDR.....	346
L'exploration du lien avec le sommeil.....	350
L'association et l'intégration.....	353
16. Apprendre à habiter son corps : le yoga.....	355
Les séquelles du choc inéluctable.....	357
L'engourdissement intérieur.....	358
Trouver le chemin du yoga : la régulation de haut en bas..	359
L'exploration du yoga.....	363
Apprendre l'autorégulation.....	365
Apprendre à se connaître : cultiver l'intéroception.....	367
Le yoga et les neurosciences de la conscience de soi.....	369
Apprendre à communiquer.....	371
17. Rassembler les pièces du puzzle : le leadership du Self.....	373
Les temps désespérés réclament des mesures désespérées	374
L'esprit est une mosaïque.....	376
Le leadership du Self.....	380
Apprendre à connaître son paysage intérieur.....	382
Une vie en mille morceaux.....	383
Rencontrer les managers.....	385
Éteindre les flammes.....	387
Le poids de la toxicité.....	388

Révéler le passé	389
Le pouvoir de l'autocompassion	391
Libérer l'enfant exilé	393
18. Comblen les manques dans les cartes intérieures.....	398
Restructurer les cartes intérieures.....	402
Réviser le passé	404
Réécrire le scénario de sa vie	409
Oser dire la vérité	411
Des antidotes aux souvenirs pénibles.....	413
19. Appliquer les neurosciences pour rétablir	
les circuits du cerveau régi par la peur	415
Cartographier les circuits électriques du cerveau.....	416
La symphonie du cerveau.....	421
La naissance du neurofeedback	423
D'un foyer de sans-abri à un poste d'infirmière	424
S'initier au neurofeedback.....	428
Le b.a.-ba des ondes cérébrales	430
Le rythme des ondes cérébrales est lié à l'état d'excitation	431
Aider l'esprit à se concentrer	432
Où est le problème dans mon cerveau?.....	434
Comment le traumatisme altère-t-il les ondes cérébrales?	435
Le neurofeedback et les difficultés d'apprentissage.....	436
L'entraînement alpha-thêta	438
Neurofeedback, SSPT et addiction	439
L'avenir du neurofeedback.....	441
20. Trouver sa voix : les rythmes collectifs	
et le théâtre	444
Le Théâtre de la Guerre.....	445
L'union par le rythme.....	447
Traiter le traumatisme par le théâtre	450

Oser prendre des risques.....	451
L'expérience d'Urban Improv	453
Le <i>Possibility Project</i>	457
Condamné à Shakespeare	460
Thérapie et théâtre.....	463
Épilogue : Faire des choix	467

ANNEXE

Les critères consensuels proposés pour le trouble de traumatisme développemental	481
Notes	487
Indications bibliographiques.....	549
Remerciements	557
Index.....	561
Crédits des illustrations.....	581

*Composition IGS-CP
Impression CPI Blackprint en mai 2018
Éditions Albin Michel
22, rue Huyghens, 75014 Paris
www.albin-michel.fr
ISBN : 978-2-226-39386-9
N° d'édition : 22470/01
Dépôt légal : septembre 2018
Imprimé en Espagne*

Bessel van der Kolk

LE CORPS N'OUBLIE RIEN

Le traumatisme fait partie de la vie : le corps en garde les traces et une mémoire qui imprègne nos émotions. Le psychiatre Bessel van der Kolk a passé quarante ans à soigner des survivants. En racontant les histoires vécues par ses patients (vétérans, femmes et enfants maltraités, victimes d'accidents ou d'agressions), il entraîne le lecteur dans un parcours passionnant à travers les méandres du syndrome de stress post-traumatique.

Unique en son genre, ce livre conjugue neurosciences, pratique clinique et réflexion sur la maladie. Il montre notre extraordinaire capacité à souffrir, mais aussi à guérir, en offrant de nouveaux espoirs pour retrouver goût à la vie.

« Un livre capital qui donne un sens à la souffrance et offre des pistes de guérison. »

Booklist

Bessel van der Kolk, psychiatre américain d'origine néerlandaise, spécialiste du syndrome de stress post-traumatique, professeur de psychiatrie à la Boston University, a fondé le Trauma Center de Boston.

CNL CENTRE
NATIONAL
DU LIVRE

Henri Matisse, *icare*, planche VIII du livre *Jazz*, 1947.
Tériade éditeur, Paris © Succession H. Matisse
Photo: © Bridgeman Images. D'après le design d'Alex Merto

68 6086 1
ISBN 978-2-226-39386-9
27 € TTC



9 782226 393869