Chapitre 1

Qu'est-ce qu'un traumatisme ?

Un traumatisme a lieu lorsqu'on est confronté à l'incompréhensible. Un grave accident de la route, un cambriolage, la mort soudaine d'une personne aimée, une situation où la vie a été mise en danger et à laquelle nous avons échappé de justesse — statistiquement, ces événements ne sont pas si rares. Presque tout le monde y est confronté au moins une fois dans sa vie. Mais personne n'envisage jamais que cela puisse lui arriver personnellement. Souvent, nous cherchons des raisons pour expliquer un malheur survenu aux autres, tout en nous tenant à l'écart de tels écueils. On entend dire : « Il conduisait toujours trop vite, ce n'est pas étonnant qu'il ait eu un accident » ; ou encore : « Elle sortait toujours seule, rien de surprenant à ce qu'elle ait été victime d'une agression. » Mais lorsque cela nous arrive, nous nous rendons compte qu'un tel événement peut changer radicalement notre existence. Généralement, nous ne trouvons pas les mots pour exprimer ce qui s'est passé. Le traumatisme est l'insaisissable, l'incompréhensible. Les profanes font des commentaires. Ils banalisent : « C'était un accident, ce sont des choses qui arrivent. » Or, pour les victimes, le monde a changé. Rien n'est plus comme avant. De nombreux survivants pensent que personne au monde ne peut comprendre ce qui leur est arrivé, sauf peut-être ceux qui partagent leur infortune. Le fossé entre la vie d'avant et celle d'après est large et semble infranchissable.

Heureusement, nous autres, êtres humains, avons la capacité de reconstruire notre monde après un tel bouleversement. *RE-Vivre après le traumatisme, outils vers une reconstruction personnelle — Trauma and recreating life* — est le titre que nous avons choisi pour ce livre. Cela signifie que nous avons en nous la capacité de recréer notre vie, ainsi que de développer un nouveau projet d'existence et un nouveau point de vue par rapport au monde, qui seront peut-être meilleurs qu'avant.

Grâce à cette reconstruction de soi, on peut surmonter l'isolement interne et externe amené par le traumatisme. Comme le corps, l'esprit dispose de nombreuses ressources pour guérir ses blessures. Par ce livre, nous espérons contribuer à la guérison du traumatisme et à la reconstruction d'une nouvelle vie. Cependant, cet ouvrage ne prétend pas remplacer l'aide professionnelle. Il constitue un soutien aux victimes et souhaite les amener à

mieux percevoir leurs blessures psychiques, à limiter l'étendue de celles-ci, à les « désinfecter » et à les traiter avec des « remèdes de grand-mère » psychologiques. Il est tout à fait probable que la confrontation d'une force imaginatrice créative avec sa propre souffrance donnera l'élan nécessaire pour trouver le chemin vers une nouvelle vie intégrant sainement les bouleversements profonds, conséquences d'un événement insaisissable.

1. GÈfinition du traumatisme

En utilisant une formulation quelque peu technique, on peut décrire le traumatisme comme une *action interrompue* par une situation de menace existentielle, lors de laquelle nous n'étions pas en mesure de réagir efficacement pour des raisons internes ou externes. L'action interrompue est une tentative de fuite ou de lutte entreprise dans une situation extrêmement menaçante et qui reste sans succès.

Prenons un exemple. Sur une route très étroite, une voiture s'approche à grande vitesse. Nous tentons de la laisser passer, mais l'accident paraît inévitable. Juste avant la collision, notre organisme mobilise tous les réflexes de protection dont il dispose. La musculature est tendue à l'extrême. Les systèmes d'alerte sont en éveil. Bien souvent, nous sommes capable d'appréhender la situation avec une clarté surprenante. Certaines personnes se « téléportent » mentalement en dehors de la situation de danger et voient l'événement se dérouler comme dans un film. Beaucoup de victimes vivent une « déréalisation » : « Tout cela ne peut pas être vrai ; ce n'est qu'un mauvais rêve ; je vais bientôt me réveiller et tout sera normal. » Les événements menaçants paraissent lointains, comme si nous regardions dans un tunnel. Au lieu de s'approcher, le véhicule qui vient vers nous semble s'éloigner.

Dans une telle situation, nous n'avons pas le pouvoir de changer les événements. Nous sommes impuissant. Nous ne pouvons ni fuir, ni lutter. Nous sommes piégés au sein d'une situation menaçante. C'est cette tentative désespérée d'éviter ce qui arrivera inéluctablement, que nous qualifions d'*action interrompue*. Les sensations étranges que nous ressentons dans ces moments-là proviennent de notre impuissance à agir sur la situation extérieure. Nous mobilisons d'énormes réserves d'énergie. Une cascade d'hormones nous immunise temporairement à la douleur. La perception du temps s'élargit. Quelques secondes peuvent paraître des minutes ou des heures. Lorsqu'elles sentent l'issue fatale approcher, certaines personnes voient même défiler en une fraction de secondes toute leur vie devant leurs yeux.

Celui qui a vécu des instants pareils éprouve souvent de grandes difficultés à entrer à nouveau en contact avec la réalité. Beaucoup de survivants sont confrontés à ce mode de perception altérée pour la première fois de leur vie. Ils craignent de ne pas être tout à fait normaux et ont peur de partager

leur expérience avec d'autres personnes qui pourraient les considérer comme fous. Ils ont l'impression d'avoir entrouvert les portes d'un autre monde. Plus rien ne sera jamais pareil après de tels instants d'impuissance. Nous perdons toute certitude et il nous est difficile de nous sentir encore en sécurité. Cette expérience de l'incompréhensible, de la « terreur sans nom », de « l'action interrompue », est au centre de la problématique du traumatisme.

Redevenir capable d'agir, reprendre le contrôle sur notre vécu et notre comportement, saisir l'incompréhensible, donner un nom à l'innommable, le comprendre et finalement l'intégrer dans notre vie, reconstruire notre quotidien autour de cette expérience, sont les signes qui indiquent que nous avons surmonté le traumatisme. Cette tendance naturelle à la guérison est comparable à celle d'une blessure physique qui coagule, puis cicatrise. Cependant, guérir d'une blessure tant physique que psychique prend du temps. Se mettre la pression ne favorise en rien ce processus particulier. Il n'est pas toujours bon d'écouter les conseils des autres : bien que donnés en toute bonne foi, ils ont parfois des effets pervers. Sans qu'on le veuille, la blessure peut être réouverte et s'infecter. Il nous arrive de prendre des mesures qui nous semblent bonnes sur le moment, mais qui se révèlent nuisibles au bout du compte. Par exemple, tenter d'oublier à tout prix ce qui nous est arrivé équivaut à scinder la partie blessée du reste de nous-même en pansant et serrant la blessure si fortement que le sang ne peut plus l'irriguer (ce qui, dans les cas extrêmes, amène la nécrose des tissus). Mais en restant patient, prudent et en ayant à l'esprit quelques notions de base concernant les blessures psychiques, nous pouvons nous fier au processus naturel de guérison. Le sentiment de sécurité éprouvé dans un environnement tranquille est le pansement qui protège la blessure psychique et qui favorise sa cicatrisation. Prendre conscience de soi-même, dans une perception globale, permet de refermer peu à peu ses plaies. Trop d'activités et de conseils stressants ou peu appropriés ralentissent assurément ce processus.

2. La psychotraumatologie

Même si le but premier du présent ouvrage est d'enseigner des outils de guérison, nous présenterons d'abord les théories scientifiques auxquelles nous devons l'évolution des connaissances actuelles pour aborder les blessures psychiques et leur guérison.

En été 1990, lors d'un après-midi de vacances dans un petit bar ligure, nous fûmes témoins d'une conversation entre deux autochtones assis à une table voisine. Ils parlaient d'une de leur amie qui avait eu un accident de voiture. Cette femme, auparavant si dynamique et entreprenante, vivait voiturbut pmbrédans une pdéression . Àl'évodentc, aupcu

l'accident qu'elle avait vécu. « *Sembra psicotraumatisata* », disaient-ils. Elle semble « psychotraumatisée ». Ils disaient cela avec un ton de compassion qui ne laissait transparaître aucun doute quant aux capacités psychiques de leur amie avant l'événement. À cette époque, nous travaillions sur le thème des traumatismes et étions impliqués dans la fondation d'un institut scientifique dédié à la recherche pour l'amélioration de l'aide aux victimes. Nous n'avions pas encore trouvé de mot qui désignerait le sujet de notre travail d'une manière brève et précise. En entendant l'expression « psychotraumatisé », par ailleurs tout à fait courante en Italie, il nous a semblé qu'elle exprimait bien l'idée que les êtres humains puissent souffrir de blessures psychiques qui doivent être respectées et soignées autant que les blessures physiques.

En mars 1991, nous fondions le « Deutsches Institut für Psychotraumatologie » (DIPT, Institut allemand de psychotraumatologie), qui fut parmi les premières institutions européennes à s'occuper des recherches sur la prévention et la thérapie des traumatismes psychiques. On connaît l'expression « *traumatologie* » en chirurgie. Dans le service traumatologie d'un hôpital, on traite les blessures physiques aiguës. La psychotraumatologie (de psyché, qui signifie « âme », « respiration ») s'occupe d'une manière tout à fait semblable des possibilités de traitement et de prévention des événements susceptibles de provoquer des blessures au 5uneT1xsceptéb17.,e. D.6(» s éae thèé, qui)]TJ3D 0.0567et la tr
«Prot lepilotee t Ctraun17.7(che p de l'aide aux vtologie)Tj /F 0.1643 0.665((Köli d Opfer-s. E

De nos jours, la psychotraumatologie est un courant reconnu dans le monde scientifique. Une société scientifique a été fondée : la Société germanophone de psychotraumatologie (GPT). Une revue scientifique est publiée par la maison d'édition Asanger à Heidelberg depuis mars 2003. Il y a de plus en plus d'initiatives privées offrant les premiers secours aux victimes. Si celles-ci bénéficient d'un encadrement scientifique et si leurs résultats s'avèrent pertinents et efficaces, nous pouvons espérer qu'en 2010 un réseau social thérapeutique suffisamment important sera mis à disposition des victimes de traumatisme en Allemagne (la France et la Belgique suivront certainement).

Cependant, les blessures psychiques n'existent pas seulement depuis dix ans, mais remontent à la naissance de l'humanité. Pourquoi est-ce seulement maintenant que s'est développée la recherche sur l'aide dans ce domaine ? Comment traitions-nous auparavant les victimes et comment se considéraient-elles elles-mêmes ?

Jusqu'à nos jours, le rapport entre les événements traumatiques et les symptômes ultérieurs a très souvent été négligé. Ni les victimes, ni les professionnels de l'aide ne s'apercevaient de cette relation. Certes, on constatait bien la confusion et l'état de choc des survivants d'une catastrophe, mais on n'établissait que très rarement le lien avec les conséquences à long terme. Si la cause d'un trouble reste inconnue, on ne peut pas entamer de thérapie ciblée et on ne fait que traiter les symptômes. Les patients eux-mêmes ont des difficultés à reconnaître la relation qui existe entre leur expérience traumatique et les troubles qui s'ensuivent. Environ 40 % des victimes souffrent de troubles de la mémoire : elles sont incapables de se souvenir de certains événements. Cette amnésie est parfois temporaire, parfois définitive. Mais, même lorsque l'expérience reste accessible à la mémoire, beaucoup ne veulent plus se rappeler les événements pénibles. Le traumatisme est comme un point sensible de la vie psychique, douloureux quand on le touche.

Si ce souvenir est évité ou perdu, on ne peut plus détecter la relation entre le traumatisme et les troubles. Ces perturbations paraissent inexplicables et il arrive qu'on les attribue par erreur à d'autres causes. Il se crée alors un mur de silence. De plus, beaucoup d'événements traumatiques concernent des sujets tabous. C´est le cas de la pédophilie, de l'inceste et du viol. Si la cause demeure cachée, la souffrance devient incompréhensible et demande une autre explication. Celui qui est atteint sans raison de crises de panique ou d'une dépression qu'il ne peut pas s'expliquer, peut-il se sentir tout à fait normal ? Être fou (ou déclaré comme tel) et perdre la responsabilité de ses actes plonge de nombreuses victimes dans un cercle vicieux, dont il est difficile de s'échapper :

- Le traumatisme amène une souffrance psychique et physique.
- La relation entre les troubles et le traumatisme reste inconnue.
- Le patient souffre d'un trouble dont l'origine est inconnue.

- Souffrir de troubles psychiques pour lesquels il n'y a pas d'explication amène la question suivante : « Suis-je fou ? ».
- La victime entre dans un deuxième niveau de souffrance, puisqu'être fou met en doute sa capacité à être responsable de ses actes.

Ainsi, au lieu d'une souffrance compréhensible causée par le traumatisme, il y a maintenant une maladie incompréhensible. Si l'on habille le traumatisme d'un manteau de silence, le premier résultat est un soulagement. Mais c'est cher payé, car ensuite il faut forcément envisager la possibilité de la folie. Dès lors, comment en sortir ? Comment s'évader de cette double impasse ?

3. Le principe de normalitÈ

Une forme d'antidote réside dans le *principe de normalité*, défendu par la psychotraumatologie : ce n'est pas la victime du traumatisme qui est folle. Ce sont les circonstances de vie auxquelles elle a été confrontée qui le sont.

Le traumatisme est une réponse normale et tout à fait saine de la personnalité face à une expérience blessante.

Même si plaintes et symptômes graves apparaissent, ils constituent une réaction normale à une situation extrêmement dangereuse plaçant la victime en position d'impuissance. Le principe de normalité en psychotraumatologie postule que les symptômes développés par les victimes ne sont pas seulement les signes des dommages encourus, mais aussi ceux d'une tentative d'autoguérison du comportement.

Cette façon d'envisager et de comprendre les symptômes est à la base des interventions d'aide que le DIPT a développées et qui se sont montrées efficaces dans un grand nombre de cas. Pour favoriser et renforcer le processus de récupération, il est important d'apprendre à reconnaître les symptômes du traumatisme, comme des mesures d'autoprotection.

4. Xignes courants dâun traumatisme psychique

A. Un événement pénible a été vécu dans un état d'impuissance objectif ou subjectif. Ceci est également valable lorsqu'il s'agit de circonstances de vie qui perdurent depuis longtemps.

B. Des souvenirs récurrents et soudains de l'expérience traumatique surviennent sous forme de cauchemars, de flash-back ou d'intrusions, lors desquels les scènes de l'événement reviennent perpétuellement comme dans un film d'horreur. Parfois réapparaissent des parties fragmentées — comme des odeurs, des bruits ou des sensations corporelles — qui ne paraissent pas avoir de lien avec le traumatisme.

C. L'évitement de tout ce qui rappelle l'événement traumatique. Par exemple, le fait de refuser de monter dans un train ou un tram après avoir vécu un accident du rail. Cela peut même s'étendre au refus de parler de ces moyens de transport. Cette posture d'évitement anxieux peut s'installer lentement au cours du temps.

D. L'hyperémotivité. Les victimes ne peuvent pas trouver la tranquillité et s'effrayent dans toute situation un peu stressante, même si celle-ci n'est pas directement liée aux événements traumatiques. Cet état d'alerte permanent du système nerveux autonome (qui contrôle, entre autres, les fonctions de survie de l'organisme) ressemble à celui d'un moteur qui tournerait sur place à plein régime.

Ces quatre indices forment le tableau du trouble que nous appelons le Syndrome de stress post-traumatique de base. Par la suite nous utiliserons l'abréviation SSPTB = Syndrome de Stress Post-Traumatique de Base (avec quatre indices de A jusqu'à D).

Juste après un événement traumatique, on peut aussi trouver chez la plupart des victimes d'autres symptômes tels que des dépressions graves, des doutes sur sa personne ou une colère écrasante. Dans ces cas de figure, nous ne parlons pas encore d'un SSPTB. Celui qui vient d'échapper de justesse à un grand danger ressentira cet état d'hyperémotivité dans tout son être. Les mains tremblent, les dents claquent, les jambes se dérobent. Cela constitue ce que nous appelons la « *phase de choc* » qui est suivie par celle « *de l'impact* ». Enfin, si le processus d'autoguérison est mené à bien, la victime entrera dans la troisième phase, celle « *de la récupération* ».

Voici le parcours naturel de la guérison du traumatisme. Le chemin de la guérison est en général constitué des trois phases suivantes :

- La phase de choc. Marquée par la confusion, l'incapacité à se souvenir de chiffres ou de dates importants tels que, par exemple, son propre numéro de téléphone ou sa date de naissance, cette phase dure en général entre une heure et une semaine. Dans cet état de choc aigu, le teint est pâle, la respiration s'accélère, le regard se brouille, et on a la sensation d'être ailleurs. Dans cette situation, les mesures médicales ont la priorité sur les interventions de soutien psychologique, bien qu'elles ne les excluent pas.

- La phase de l'impact. Cette phase peut durer jusqu'à deux semaines. Le niveau de tension a baissé, mais sur le plan intérieur les victimes restent complètement sous l'emprise de l'expérience vécue. Parfois surgissent de grands doutes à propos d'elles-mêmes, des humeurs dépressives profondes ou un sentiment d'impuissance persistant. Même pour des individus auparavant assez optimistes, les possibilités positives de la vie semblent très lointaines. Certaines victimes se sentent responsables de l'incident.

On constate chez d'autres de violents accès de colère contre les responsables avérés (ou non) de l'événement traumatique. Il arrive très souvent que les victimes souffrent de troubles du sommeil, soient hyperémotives, ou s'effrayent rapidement. Parfois, elles présentent des troubles de la mémoire et des difficultés de concentration, souffrent de cauchemars et de souvenirs intrusifs récurrents. Si des personnes, surtout des proches, ont perdu la vie dans l'événement, les survivants peuvent sombrer dans une profonde dépression et se sentir coupables d'avoir survécu.

- La [illegible] . De quatorze jours jusqu'à parfois quatre semaines, les victimes commencent à trouver le repos. En fonction des circonstances, cette phase peut tarder à s'installer, voire ne jamais commencer. Dans le meilleur des cas, l'hyperexcitation commence à décroître, de même que l'angoisse à l'évocation des événements traumatiques. On se réinstalle petit à petit dans le quotidien. On envisage à nouveau positivement de faire des plans d'avenir. Mais l'expérience traumatique occupe toujours une place centrale. Cela peut durer longtemps jusqu'à l'intégration complète du vécu traumatique dans notre image du monde et de nous-même. Pour de nombreuses victimes, le traumatisme est une opportunité pour réfléchir sur la vie et ses perspectives d'avenir. Mais avant cela, il importe de restaurer ses ressources en énergie. C'est en cela que consiste la phase de récupération.

Que faire si la phase de récupération ne survient pas ?

Certaines victimes possèdent, objectivement ou subjectivement, des blessures particulièrement profondes et tardent à entrer dans la phase de récupération. Une fois de plus, on peut observer des similitudes avec les blessures physiques : il est impossible de prévoir précisément la durée de la guérison. Si les symptômes de base du SSPTB persistent au-delà de quatre semaines, il est alors probable que le processus d'autoguérison soit suspendu ou bloqué. Dans ce cas, l'aide et le soutien professionnel seront particulièrement recommandés. À l'heure actuelle, on rencontre de plus en plus d'experts formés à cet accompagnement et aptes à déceler les éléments perturbateurs du processus de guérison ainsi qu'à vous soutenir dans votre ressourcement, votre RE-construction.

[illegible] Les recherches de l'université de Cologne ont démontré que des personnes ayant subi un traumatisme grave et qui appartiennent au groupe échantillon susceptible de développer des symptômes à long terme, peuvent mener à bien le processus de guérison en environ dix sessions de Traumatothérapie psychodynamique multidimensionnelle (TPM). Il s'agit d'une méthode combinant les approches comportementalistes et les principes de la psychologie des profondeurs. Cette

méthode élimine les blocages et soutient d'une manière ciblée le processus naturel d'autoguérison. Elle est à la base des conseils et exercices que nous vous présentons dans le présent ouvrage.

Pour plus d'informations, consultez les adresses en fin d'ouvrage.

N'hésitez pas à transmettre ce livre à votre médecin, psychologue, thérapeute ou psychiatre s'il ne le connaît pas encore. Des connaissances spécifiques sont indispensables dans le cadre du traumatisme et elles ne font pas automatiquement partie des enseignements de ces diverses disciplines.

5. Les symptÙmes post-traumatiques comme tentative dêautoguÈrison

Ce point de vue peut paraître paradoxal : comment les symptômes d'une maladie peuvent-ils être un chemin vers la guérison ? Un exemple parlant réside dans le fonctionnement de notre système immunitaire. Lorsque l'organisme est agressé, deux processus se mettent en place. L'un d'eux mène à la destruction des cellules ennemies et l'autre à la reconstruction des parties abîmées de l'organisme. Ces deux processus évoluent en parallèle. Certains médicaments, comme les antibiotiques, détruisent autant les bactéries nuisibles à l'organisme que celles qui sont nécessaires à son bon fonctionnement. Le type de thérapie que nous proposons s'approche des méthodes de guérison naturelles. Les ressources de la personnalité qui sont focalisées vers la stabilisation et l'autoguérison, seront détectées et renforcées. Il nous faut opérer la distinction entre symptômes amis et ennemis, entre comportements d'autoguérison et ce qui constitue les ravages du traumatisme.

••• Ifo Les symptômes et les plaintes ne sont pas seulement des signes de la maladie : ils sont aussi la preuve de l'évolution vers la guérison.

Les indices du SSPTB – aspects bénéfiques et aspects antagonistes

Indice A : Ils constituent lÕv nement traumatique en lui-m me.

Indice B : Ce sont des souvenirs intrusifs de la situation traumatique (appel s ˚ flash-back¨ ou ˚ souvenirs r currents¨).

Comme nous l'avons déjà dit, il ne s'agit pas seulement de pensées, d'images ou de mots, mais aussi de souvenirs qui s'expriment au niveau du corps : un tremblement de la mâchoire ou des genoux, une douleur ou une tension dans les muscles (comme si on était prêt à prendre la fuite). On développe des maux de tête, des accès de chaleur, une digestion perturbée, ou

on entre dans des états de forte excitation. Que peut-on trouver qui soit bénéfique à de tels symptômes ? La plupart des victimes veulent se libérer de cette situation incommodante le plus vite possible. C'est compréhensible. Néanmoins, ce que notre corps nous communique au travers de ces manifestations est que nous n'en avons pas encore terminé avec le traumatisme considéré comme « *action interrompue* ». Il nous reste encore beaucoup de choses à faire pour achever le processus. Le traumatisme ne peut pas demeurer scindé du reste de nous-même : il doit être intégré à notre vie, car il est désormais inscrit dans notre histoire.

Les actions interrompues ont une chose en commun : la tendance cachée que nous avons à les faire émerger à nouveau à la première occasion. Dans les années 1920, une psychologue a mené des expériences assez novatrices dans ce domaine et a baptisé ce phénomène « effet Zeigarnik ». Dans le cadre de ses recherches, elle a proposé à des participants de mener une activité courante, comme tricoter, faire du crochet ou des mots croisés. Après un moment, elle leur a demandé d'interrompre leur activité pendant un certain temps pour mémoriser des listes de mots. Lors de la restitution de l'apprentissage, elle a constaté que tous les mots qui étaient en rapport avec l'activité interrompue furent plus facilement retenus que les mots n'ayant que très peu de rapport avec celle-ci. Par exemple, les mots « aiguille », « laine », etc., sont mieux mémorisés si le participant tricotait dans la première phase de l'expérience. Nous avons remarqué que dès le test achevé, tous les participants reprenaient illico l'activité interrompue.

Si la tendance à vouloir mener à terme une action interrompue est déjà aussi forte pour des activités aussi communes et banales, quelle sera son ampleur quand il s'agira de conditions d'action impliquant une menace existentielle, comme c'est le cas lors d'événements traumatiques ? Dans les cauchemars, l'accident réapparaît perpétuellement. Si nous nous plongeons dans le travail, la douleur dans la nuque peut nous rappeler les tensions musculaires résultant de l'accident. Les images des moments précédant immédiatement l'événement nous reviennent alors en mémoire, comme celles de la collision elle-même : des éclats de verre, une drôle d'odeur, des bruits, etc., ce qui peut handicaper nos capacités de concentration.

Parfois, ces souvenirs sont tellement intenses que les victimes revivent la situation traumatique, non comme une réminiscence du passé, mais comme si elle avait lieu une nouvelle fois. Cette forme particulière de souvenir est appelée « souvenir intrusif » ou « flash-back ».

Ne laissez pas les flash-back s'installer. Faites tout pour interrompre les flash-back ! Essayez de vous calmer, pincez-vous la joue et regardez autour de vous, ralentissez votre rythme de respiration en inspirant à fond. Prenez contact physique ou du regard avec l'endroit dans lequel vous vous trouvez

et assurez-vous d'être en sécurité. Rendez-vous compte qu'il s'agit du souvenir d'un événement, qu'il appartient donc au passé et que le danger est terminé. Faites tranquillement quelques pas afin d'être sûr d'avoir bien repris conscience de la réalité. Prenez conscience de vos mouvements. Si vous pouvez bouger, cela signifie que vous êtes en mesure de faire ce qu'il n'était pas possible de faire au moment de l'accident, comme fuir et vous libérer de cette situation menaçante.

Ceci constitue un bon exemple du double visage des symptômes. Forcé de revivre l'expérience traumatique, nous nous exposons à une nouvelle charge émotionnelle négative et peut-être même à de nouveaux dommages psychologiques. Cependant, ces souvenirs sont les signes clairs que les événements perturbants n'ont pas encore été intégrés dans notre vie. Ils sont donc comparables à des « mémos » sur un ordinateur et réapparaissent dans la catégorie « agenda – rappel » jusqu'à ce que nous nous soyons acquittés de la tâche à réaliser. Mais, comme toujours, il est indispensable d'attendre le bon moment pour pouvoir s'occuper avec succès des problèmes difficiles. Il ne faut pas aller trop vite. Ralentir le tempo est le rôle des indices C.

Indice C : vitement, d n gation.

L'aspect positif de l'évitement ou de la dénégation est de ne pas devoir s'occuper constamment et en tout lieu, de problèmes pour lesquels nous ne possédons de toute façon pas de solution. Se déconnecter peut être très bénéfique après un traumatisme. Cependant, le danger existe d'aller trop loin et de se couper de toutes les émotions parce qu'elles réactivent ce vécu insupportable. Arriver à ce stade, c'est jeter le bébé avec l'eau du bain. Et, dès lors, nous ne sommes plus seul à en souffrir. Les émotions nous permettent d'entrer en contact avec notre entourage. Si elles disparaissent ou sont profondément modifiées, il peut s'installer un sentiment bizarre chez nos proches. Cela constituera le nœud du problème de l'affaiblissement émotionnel. Pourtant, au départ, il s'agit d'un mécanisme de protection nous permettant d'éviter d'être complètement submergé par les reminiscences du traumatisme.

Les victimes évitent instinctivement tout ce qui peut leur rappeler le traumatisme. Celui qui a vécu un accident de voiture ressentira de l'angoisse dès qu'il prendra place dans un véhicule. Il en va de même pour les victimes d'agression qui éviteront le lieu de leurs mésaventures. Ce comportement d'évitement est une des réactions d'autoprotection. Tout comme chez les animaux, notre cerveau possède des mécanismes de protection instinctifs. C'est grâce à ceux-ci que nous esquivons les endroits menaçants, à la façon de nos ancêtres qui opéraient des détours pour ne pas s'aventurer sur le territoire d'un prédateur.

Autant ce mécanisme est utile pour évoluer dans un environnement à l'état naturel, autant il peut s'avérer peu adapté dans la société moderne. Si

l'angoisse après un accident de voiture s'étend à tout ce qui roule ou, après une agression, à tous les jardins et parcs, ce mécanisme censé nous protéger devient un handicap de la vie quotidienne. Ici encore, nous sommes confrontés au double visage du symptôme. Il est *véritablement* utile d'éviter tout ce qui pourrait conduire à une répétition des événements. De ce point de vue, notre « cerveau instinctif », responsable des mécanismes de protection élémentaire, nous guide parfaitement. Cependant, la menace objective ne provient pas de la voiture en elle-même ou des parcs et jardins en général. Dans ce cas, le cortex — partie évoluée de notre cerveau qui connaît bien le monde moderne — doit faire le tri parmi nos instincts et isoler la véritable nature du danger. La plupart des exercices et conseils proposés dans ce livre ont pour but de faciliter la collaboration entre « instinct » et « raison » afin de reconstruire une perception réaliste du monde qui nous entoure.

Indice D : Surexcitation et hyper motivit permanente.

L'utilité de cette réponse face au traumatisme est tout à fait évidente. Lorsque nous vivons un traumatisme, notre cerveau reptilien le range parmi les expériences qui constituent une menace pour notre vie. Confronté à un danger mortel, nous réagissons comme le faisaient les hommes préhistoriques qui croisaient le chemin d'un mammouth ou d'un tigre aux dents de sabre : nous combattons ou nous fuyons. Aujourd'hui, dans des circonstances comparables, nous réagissons exactement de la même manière. En cela, notre bagage héréditaire n'a pas beaucoup changé. Néanmoins, face à un grand nombre de dangers du monde moderne, les réactions physiques de fuite ou de lutte ne sont pas efficaces. Les travailleurs qui coulaient le manteau de béton autour de la centrale nucléaire de Tchernobyl ne pouvaient pas échapper aux radiations. Ils ne pouvaient même pas percevoir le danger. Pourtant, dans des situations périlleuses, notre organisme réagit comme celui de nos ancêtres de la préhistoire. Il émet de l'adrénaline et nous maintient opérationnel jusqu'à ce que le danger ait clairement disparu. Mais, de nos jours, comment savoir si c'est le cas ? Comment faire comprendre à notre corps que la menace n'est plus actuelle ?

Il est difficile de répondre à cette question, d'autant plus que de la réponse découleront des choix importants pour notre santé. Si, à la suite d'un traumatisme, nous restons dans un état d'hyperexcitation permanent, qui ressemble d'ailleurs à de la panique, nous ne pouvons plus dormir ni nous reposer, nous tomberons alors tôt ou tard d'épuisement physique et psychique. Comment pouvons-nous dès lors intégrer la fin du danger ? Comment calmer l'animal apeuré ou en colère qui sommeille au fond de nous ?