

**FEDERICA CAGNONI
ROBERTA MILANESE**

SURMONTER LES EXPÉRIENCES TRAUMATIQUES AVEC LA THÉRAPIE STRATÉGIQUE : CHANGER LE PASSÉ



Surmonter les expériences traumatiques avec la thérapie stratégique

Changer le passé

**Federica Cagnoni
Roberta Milanese**

Traduit de l'italien par Nathalie Koralnik



Titre de la version française : Surmonter les expériences traumatiques
avec la thérapie stratégique : changer le passé

Auteurs : Federica Cagnoni
Roberta Milanese

Titre de la version originale : Cambiare il passato. Superare la esperienze
traumatiche con la terapia strategica

Editeur de la version originale : Ponte alle Grazie (Adriani Salani Editores s.u.r.l.)

Editeur de la version française : SATAS s.a.

© 2017

Chaussée de Ninove, 1072

BE 1080 Bruxelles

Belgique

www.satas.com

info@satas.com

Traduction : Nathale Koralnik

Mise en garde:

Cet ouvrage est destiné aux psychologues, psychothérapeutes et au public intéressé par la santé mentale. La lecture de ce livre ne dispense nullement de consulter un thérapeute compétent, au fait des règles de bonne pratique et des recommandations professionnelles les plus récentes.

L'auteur et l'éditeur déclinent toute responsabilité quant à d'éventuels dommages résultant d'informations puisées dans cet ouvrage.

Tous droits réservés. Reproduction, traduction, reprise entière ou partielle de cette publication ne peuvent être réalisées, sous quelque forme que ce soit, sans l'autorisation écrite et préalable de l'éditeur.

Imprimé dans l'Union Européenne

ISBN 978-2-87293-175-0

Dépôt légal:

Bibliothèque Royale de Belgique
n° D/2017/4664/04

Table des matières

Introduction.	7
Chapitre 1	11
Rester piégé dans le passé: le trouble de stress post-traumatique.	11
Il était une fois le trauma	11
Le trouble de stress post-traumatique: un diagnostic descriptif.	18
Critères diagnostiques pour le trouble de stress post-traumatique	22
Tenter d'effacer ce qui ne peut l'être: quand les réactions de coping dysfonctionnelles deviennent le problème	26
Chapitre 2.	39
Archiver le passé: le traitement stratégique du trouble de stress post-traumatique	39
Introduction	39
Accidents	47
Cas 1. Quand les sensations ne s'en vont pas: le roman du trauma	47
Première séance	47
Deuxième séance	53
Cas 2. « Dites-moi que ce n'est pas de ma faute! »: un terrible accident de la route	62
Catastrophes	69
Cas 3. Le 11 septembre... même de retour en Italie	69
Cas 4. « Il m'a suffi d'imaginer que c'était vrai »: le tsunami vu à la télévision	76
Violences	81
Cas 5. Ne me laissez plus jamais seule: un cas de violences sexuelles	81
Cas 6. Des caprices ingérables: un autre cas de violences sexuelles	87
Agressions.	91
Cas 7. Le choc après l'agression	91
Cas 8. La spectatrice impuissante: des hématomes dans l'esprit.	96

... Et erreurs humaines... fatales	98
Cas 9. « Oh mon Dieu, qu'ai-je fait? » : quand la victime est le bourreau	98
Chapitre 3.	103
L'absence sans équivoque génère une présence continue: le deuil	103
Cas 1. La colère, encore avant la douleur	105
Cas 2. « Amor, c'a nullo amato amor perdona »... mais pas toujours!	111
Cas 3. Quand le deuil génère un « retour arrière »	116
Chapitre 4.	121
Problème débloqué... traumatisme révélé	121
Cas 1. Un « héritage maternel » gênant: un cas de trouble obsessionnel compulsif sur une base traumatique	129
Cas 2. « Mon cœur ne tiendra pas »: quand le traumatisme se cache derrière une anxiété de prestation	134
Cas 3. Une dépression « incurable »: un cas de traumatisme médical	139
Cas 4. Attaques de panique? Non, la peur de marcher sur les pas de son frère	143
Cas 5. Je mange et je vomis... pour oublier	147
Chapitre 5.	151
Le trouble de stress post-traumatique: approches comparées.	151
Les traitements de type cognitivo-comportemental	151
Les traitements de type cognitif	153
L'EMDR (Eye Movement Desensitisation and Reprocessing)	155
La thérapie psychopharmacologique	157
Les résultats de notre recherche-intervention	158
Postface.	165
Bibliographie.	167

Introduction

Michèle fixait son frère avec sérieux et ne répondit rien, parce qu'elle ne savait pas répondre. Elle ne fit pas signe d'avoir réellement compris, mais l'espace d'un instant ses yeux s'éclairèrent, et pendant toute sa vie Matthias pensa à ces yeux comme à la peur.

P. Giordano,
La solitude des nombres premiers

Vous vous réveillez le matin, convaincu d'avoir devant vous l'une de vos nombreuses journées de travail, parfois pesantes, parfois ennuyeuses. Ou alors vous êtes heureux parce que vous savez que vous allez faire quelque chose que vous avez programmé depuis longtemps, ou que vous allez voir quelqu'un avec qui vous êtes certain de vous sentir bien. En somme, tout semble sous contrôle.

Mais trois heures plus tard, rien n'est plus comme avant. Il peut s'être produit un accident de voiture dans lequel une personne que vous aimiez a perdu la vie, un incendie peut avoir détruit tout ce que vous possédiez, ou quelqu'un peut vous avoir agressé de manière inattendue et violente.

À partir de cet instant, il y aura dans votre vie un « avant » et un « après ». « Avant » que cet événement se produise, vous croyiez probablement que le monde était juste et que tout avait un sens.

« Après », du coup, vous sentez que vous n'avez plus le contrôle de votre vie et de ce qui arrive autour de vous. Vous vous sentez vulnérable et votre monde n'est plus sûr. Donner un sens à ce qui adviendra est difficile: le sens de la vie qui était valable jusqu'à seulement quelques instants auparavant n'existe plus, rien n'est plus juste ni équitable.

Catastrophes naturelles, désastres et drames sont des événements inévitables de la condition humaine. Les médias diffusent chaque jour des nou-

velles d'incendies, d'inondations, de tremblements de terre, de guerres, de nettoyages ethniques, de tortures, de viols, d'agressions à fin de détressement, d'accidents mortels, d'enlèvements et d'actes de terrorisme.

Parfois, le seul fait d'entendre de telles nouvelles peut susciter des sentiments d'angoisse et de peur. Il n'est donc pas étonnant que si l'on se trouve à être témoins ou protagonistes d'un de ces événements, celui-ci puisse se fixer dans l'esprit au point de ne plus le quitter.

Dans de tels cas, la réaction est de se sentir toujours plus tendus, « alertés », perturbés à l'état de veille comme dans le sommeil par des images, des pensées et des reviviscences liées à l'expérience traumatique, jusqu'à nous rendre littéralement prisonniers du trauma.

Nous sommes alors face à une pathologie, bien plus grave et invalidante qu'une relation physiologique à l'événement stressant, appelée *trouble de stress post-traumatique*.

Si en effet chacun de nous est « naturellement » entraîné à réagir à des stress extrêmes - avec des réactions d'étourdissement temporaire, quelquefois d'apathie, de frayeur ou de dépression -, la personne affectée par ce trouble est continuellement tourmentée par le souvenir du trauma qu'elle a vécu, par un passé qui continue à inonder et à submerger le présent de peur, de douleur et de colère, et qui l'empêche de poursuivre son chemin vers le futur.

Comme l'écrivait un vétéran de la guerre du Vietnam, « la guerre est finie pour l'histoire, mais elle ne s'est jamais terminée pour moi » (Marbly, 1987, p. 193).

Une intervention thérapeutique qui veut être efficace et efficiente dans la prise en charge de ce type de problème doit par conséquent permettre à la personne de se réapproprier la « temporalité » de sa vie le plus rapidement possible. Cela, évidemment, sans effacer un passé qui ne peut être effacé, mais en l'aidant à remettre le passé dans le passé, en archivant les souvenirs traumatiques et en réactivant ainsi la capacité de vivre son présent et de projeter son futur. La tâche du thérapeute consiste à aider le patient à faire resurgir et à réveiller les ressources qui ont été sidérées par le traumatisme pour reprendre en main les rênes de sa propre vie.

De ce point de vue, le traitement du trouble de stress post-traumatique illustre clairement la manière dont le thérapeute stratégique s'attache à faire resurgir ce qu'on appelle la « résilience » de la personne.

En physique, la résilience est la capacité d'un matériau de résister à un choc imprévu sans se briser, et elle est importante pour prévoir comment un matériau se comporte lorsqu'il est soumis à des contraintes appliquées de façon brusque et soudaine comme, précisément, un trauma. Le terme résilience a donc été adopté dans le domaine de la psychologie pour désigner la capacité humaine de réagir à des événements traumatiques (Short, 2005).

Comme nous le verrons dans les prochains chapitres, lorsqu'il traite un trouble de stress post-traumatique, le thérapeute stratégique a pour objectif essentiel de véritablement permettre à la personne de faire émerger ses propres ressources bloquées; il n'ajoute ni n'enlève rien: il intervient simplement pour débloquer la résilience naturelle dont les êtres humains sont dotés et pour leur permettre de poursuivre leur vie, souvent plus forts qu'avant. Pour citer Hemingway: « Le monde nous brise tous, mais seuls quelques-uns deviennent plus forts là où ils ont été brisés. »

Avec cet ouvrage, nous proposons fondamentalement deux objectifs.

Avant tout, celui de présenter le protocole de traitement mis au point au Centre de Thérapie Stratégique d'Arezzo depuis une quinzaine d'années, protocole qui présente des niveaux élevés d'efficacité et d'efficience dans la guérison du trouble de stress post-traumatique. Parallèlement, ce livre nous permet de démentir une croyance répandue selon laquelle la thérapie stratégique ne s'occuperait que du présent, ignorant le passé que chaque patient porte, parfois très péniblement, avec lui.

Le fait que la thérapie stratégique se soit depuis toujours présentée comme une thérapie brève, orientée sur l'« ici et maintenant » de la personne sans prévoir de longues et tortueuses recherches des causes hypothétiques qui déclenchent un problème a en effet souvent été pris à tort pour une sorte de « négation », de la part de ce modèle, de l'importance que notre histoire individuelle a sur notre présent. Le thérapeute stratégique ne nie pas l'évidence que chacun de nous est le fruit de sa propre histoire et de son passé: il évite simplement d'interpréter ce passé et de lui attribuer une signification qui reste souvent inconnue à celui qui l'a vécu. De même que, dans la plus grande partie des cas, il n'a pas besoin de retourner dans le passé pour travailler sur le problème dont la personne souffre au présent, et préfère focaliser l'attention sur ce que la personne fait « ici et maintenant » pour tenter

de résoudre ce problème (c'est-à-dire sur ses « tentatives de solution », un concept clé de la thérapie stratégique).

Toutefois, quand le passé « est » le problème du présent, quand il envahit continuellement le quotidien comme s'il était une ombre dont on ne peut se défaire et que l'on ne peut pas non plus oublier, alors le travail du thérapeute stratégique s'oriente vers le passé ou, mieux encore, vers son « repositionnement ».

Chapitre 1

Rester piégé dans le passé: le trouble de stress post-traumatique

*Rien ne fixe une chose aussi intensément dans la
mémoire que le désir de l'oublier.*

Michel de Montaigne

Il était une fois le trauma

Il nous est arrivé à tous d'utiliser le mot traumatisme, plus ou moins sérieusement, ne serait-ce qu'en référence à une expérience douloureuse. Pour reprendre les paroles de Lucrèce, la raison en est probablement qu'« en réalité, les tourments que l'on attribue à l'enfer le plus sombre se trouvent tous ici, dans la vie ». De nombreuses définitions différentes du concept de traumatisme ont vu le jour au cours du temps.

Le mot grec « trauma » signifie « blessure », et cette acception a été maintenue dans toutes les définitions principales que l'on peut trouver dans les dictionnaires les plus connus. Le *Vocabulaire de la langue italienne Zanichelli* parle en effet de « lésion déterminée par une cause violente, également dans le domaine psychique »; pour le *Grand dictionnaire Garzanti de la langue italienne*, le traumatisme serait une « lésion déterminée par l'action violente d'agents externes », et le traumatisme psychique une « émotion qui affecte profondément la personnalité du sujet »¹.

¹ Pour la langue française, notons la définition du Robert: « Lésion, blessure locale produite par un agent extérieur agissant mécaniquement »; « émotion violente qui modifie la personnalité d'un sujet en la sensibilisant aux émotions de même nature » (NdT).

Il semble donc que l'on se réfère toujours à une blessure due à un fort impact tant sur le plan physique que psychologique. Un impact qui semble créer une empreinte profonde, une ligne de démarcation entre l'« avant » et l'« après ». Ce n'est pas un hasard si presque toutes les victimes d'expériences traumatiques extrêmement douloureuses répètent la même phrase : « Nous ne sommes et ne serons plus jamais les mêmes ».

L'histoire du concept de traumatisme psychique doit être considérée comme aussi ancienne que la violence, les guerres et la destructivité de l'homme, aussi ancienne que la douleur et la souffrance les plus atroces. Si nous ne nous en occupons d'un point de vue clinique que depuis le siècle dernier, cela ne veut pas dire qu'il n'y a pas eu, dans l'histoire plus lointaine, d'exemples évidents de traumatismes avec leurs conséquences psychopathologiques.

Pour citer quelques exemples, en 1572 déjà, Charles IX commença à présenter des signes clairs semblables à un syndrome de stress post-traumatique après le tristement célèbre massacre de la Saint Barthélémy. Le philosophe Blaise Pascal, après un accident survenu sur la Seine au cours duquel il risqua de s'y faire engloutir avec ses chevaux, présenta dans les années suivantes une forme évidente de ce trouble avec des cauchemars récurrents, de l'insomnie et des flash-back rappelant le vide qui s'était gravé dans son esprit. Il semble même que l'un de ses aphorismes les plus célèbres, « la nature a horreur du vide », soit la conséquence de cette expérience traumatique.

On assiste à partir du début du 16^{ème} siècle à une augmentation notoire des pathologies psychiatriques parmi les soldats, dont on dit qu'ils sont « affectés du syndrome du pays lointain ». On trouve déjà dans cette définition la confirmation de la façon dont chaque époque historique interprète un tableau symptomatologique en fonction de sa culture et de sa mentalité propres : à cette époque, la lâcheté et le manque de virilité étaient considérées comme les causes déclenchantes de ce type de troubles.

L'impact psychologique de la guerre est depuis toujours connu des médecins. Jacob Mendes da Costa, alors qu'il étudiait les rescapés de la Guerre civile américaine qui se plaignaient de douleurs au cœur en l'absence de maladies cardiaques, inventa en 1871 la définition de « cœur irritable », qui fut modifiée en « cœur du soldat » ou « choc de la grenade » après la Pre-

mière guerre mondiale pour décrire les effets psychologiques causés par l'explosion des grenades d'artillerie (Kinzie, Goetz, 1996).

Le terme « névroses de guerre » fut introduit après le conflit russo-japonais de 1904, pour lequel on put observer un tableau clinique composé de paralysie et de blocage des émotions. On commença à parler de « névroses de combat » après la Seconde guerre mondiale pour désigner les troubles émotionnels manifestés par les survivants. En réalité, jusqu'aux années 1970, le courant de pensée le plus répandu considérait que ce type de troubles ne s'exprimait que chez des personnalités fragiles, prédisposées à développer une névrose en raison d'hypothétiques traumatismes infantiles. La guerre ne faisait rien d'autre que d'amener à la surface quelque chose qui était depuis toujours présent chez l'individu. Suivant ce raisonnement, de nombreux spécialistes croyaient qu'une personnalité normale pouvait être soumise à n'importe quel type de stress de guerre sans en éprouver aucun problème. De ce point de vue, la douleur exprimée par les survivants n'était considérée que comme une manifestation de leur faiblesse ou de leur anormalité.

En 1968, en pleine guerre du Vietnam, le traumatisme de guerre était considéré comme quelque chose de si rare que l'American Psychiatric Association avait éliminé de son manuel diagnostique toute allusion aux troubles de stress (Solomon, 1995). Mais ce fut justement à la suite de cet atroce conflit qu'un nombre de soldats beaucoup plus élevé que pour les guerres précédentes se mit à manifester de graves symptômes d'un syndrome qui fut, de ce fait, appelé *syndrome post-Vietnam*. On a estimé qu'environ 25 pour cent des anciens combattants du Vietnam, à leur retour au pays, ont développé ces syndromes psychopathologiques que nous retrouvons aujourd'hui dans le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM) sous le nom de Trouble de stress post-traumatique (TSPT).

Il faudra cependant douze ans de plus pour qu'en 1980 l'American Psychiatric Association introduise dans le DSM-III (American Psychiatric Association, 1980) le syndrome de stress post traumatique, reprenant et modifiant la « vieille » définition de *Gross Stress Reaction* qui figurait dans la première version, et permettant ainsi de diagnostiquer ce trouble chez environ un million d'anciens combattants (Kulka *et al.*, 1990). Cela fut rendu possible grâce aux pressions des lobbies des vétérans du Vietnam qui

avaient besoin d'une telle reconnaissance pour pouvoir obtenir le remboursement des thérapies psychiatriques et psychologiques de la part des assurances privées qui, en l'absence d'une classification nosographique précise, refusaient de les rembourser.

Dans la première définition diagnostique du TSPT, les diverses expériences traumatiques n'étaient considérées comme des situations stressantes que si elles pouvaient être définies comme étant « en dehors du registre de l'expérience humaine habituelle ». Cette définition s'accompagnait de deux types de problèmes (Taylor, 2006).

Avant tout, elle supposait qu'un facteur de stress peut être objectivement défini comme traumatique sans tenir compte de l'interprétation personnelle des événements. En second lieu, des études épidémiologiques ont démontré que les situations « en dehors du registre de la normalité » (viols, accidents, catastrophes naturelles, etc.) sont en réalité très courantes, malheureusement, dans les pays orientaux comme dans les pays occidentaux.

À la lumière de ces problèmes, dans l'édition suivante du DSM (1994), la définition du TSPT fut revue : les événements ne devaient plus être forcément « exceptionnels » et la définition d'une expérience traumatique incluait la réaction de la personne et d'autres variables relatives à l'évaluation de la situation.

Nous verrons plus avant en détail la classification psychiatrique actuelle du concept de ce trouble.

Mais il n'y a pas eu que les guerres pour contribuer à l'évolution du concept de trauma.

Le terme *railway brain* fut par exemple utilisé pour décrire un syndrome (semblable au TSPT) qui se déclarait chez des individus victimes de graves accidents ferroviaires, et chez lesquels on avait initialement diagnostiqué des lésions cérébrales. Cela ne doit pas nous surprendre si l'on considère que dans le monde occidental, les explications de type médico-biologique ont depuis toujours prévalu sur les explications d'ordre strictement psychique.

Le concept de « traumatisme psychique » fut proposé pour la première fois par le psychiatre allemand H. Oppenheim (1892) qui parlait de « névroses traumatiques », suivi par Kraepelin (1896) qui introduisit celui de « névroses d'effroi ».

En 1889, P. Janet décrivit de manière détaillée de nombreux cas de névroses traumatiques et en proposa pour la première fois une description en termes de « désintégration psychique » à la suite de violences, abus sexuels, terreur, etc.

En 1896, Sigmund Freud avait déjà défini le traumatisme comme « une excitation du système nerveux central, que ce dernier n'a pas réussi à liquider suffisamment par le biais des réactions motrices ». À travers l'étude des symptômes hystériques chez les femmes, Freud expliquait le traumatisme comme une énergie « non éliminée » du système nerveux et convertie par conséquent en un symptôme aux niveaux psychique et physique. Dans un premier temps, Freud ne définit comme traumatismes que ceux qui étaient de nature sexuelle; ce ne fut qu'après s'être rendu compte que beaucoup de souvenirs traumatiques racontés par ses patients « hystériques » n'avaient pas réellement eu lieu que Freud abandonna sa rigide théorie de la séduction en introduisant de nouveaux concepts et variables à même de modifier la perception de l'événement traumatique (par exemple, l'imagination).

Chaque école de pensée donnera ensuite sa propre interprétation et définition du concept de traumatisme, dès lors que toute approche théorique utilise sa propre théorie comme lentille déformante pour analyser et expliquer les événements.

Nous verrons donc le trauma défini comme une « rupture du lien avec le monde », ou une « négation de tout ce qui a une valeur et devient par conséquent perception du néant », ou encore, pour les tenants de la théorie de l'attachement, de « séparation d'avec les personnes significatives ».

Au-delà de toutes les explications fournies par le fondateur de la psychanalyse et de tous ceux qui se sont inspirés de ses théories, il faut sans aucun doute lui attribuer un grand mérite: celui d'avoir perçu et décrit dès le début une des caractéristiques principales de cet « événement », c'est-à-dire, en reprenant ses mots, la « soudaineté » et l'« imprévisibilité » qui ne « permettent pas de manœuvre défensive ». Et il ajoute: « Chacun sait qu'il devra mourir, mais personne ne le croit vraiment »; le traumatisme transmettrait à l'esprit l'idée (ou un point de représentation) que cela puisse se produire. À une époque où l'on disait souvent des soldats tourmentés par d'atroces cauchemars nocturnes et d'épouvantables visions hallucinatoires qu'ils étaient « épuisés », son point de vue semble bien en avance!

En poursuivant l'analyse de l'évolution historique de ce concept si central dans l'étude du développement psychique, on assiste actuellement à la tendance à intégrer de plus en plus les différents points de vue dans un concept global du traumatisme.

Cette opération, motivée par des intentions « économiques », s'avère cependant peu efficace dans le domaine clinique, puisqu'elle court le risque de créer un énorme concept descriptif dans lequel tout peut être défini comme traumatique.

Un autre aspect émergent est la tendance, observable chez un grand nombre, d'utiliser les termes traumatisme et stress comme s'ils étaient des synonymes. Le DSM-V lui-même parle de trouble de stress post-traumatique, précisément pour tenir compte des deux aspects.

Le terme *stress*, du latin *strictus* (littéralement « serré », « compressé »), est apparu pour la première fois dans le domaine de la psychiatrie militaire et fut employé par l'endocrinologue Hans Selye pour indiquer une réaction aspécifique de l'organisme (définie ensuite comme syndrome général d'adaptation) à l'égard d'agents extérieurs de diverse nature (physique, chimique, biologique ou émotionnelle).

Il parvint à cette considération à travers un curieux épisode de *serendipity*² (c'est-à-dire de découverte fortuite) durant l'observation de certaines expériences de laboratoire. Il remarqua en effet que les rats auxquels on inoculait des extraits ovariens présentaient les mêmes lésions sur le plan somatique que les rats auxquels on administrait une solution physiologique. L'hypothèse fut, justement, que le dommage somatique n'était pas produit par la substance spécifique mais par la réaction d'*alerte* ou de *vigilance* générée par la situation d'expérimentation. À cette phase de vigilance s'ajouterait ensuite celle de *résistance* (durant laquelle l'organisme se défend) et celle d'*épuisement* des différents systèmes impliqués (au cas où la phase de résistance devait durer trop longtemps).

En ce qui concerne les caractéristiques du stress, ce fut encore Selye (1936) qui identifia le premier deux typologies différentes de stress, qu'il appela respectivement *distress* (ou stress négatif) et *eustress* (ou stress positif).

On a du *distress* quand les stimuli stressants, c'est-à-dire capables d'aug-

2 Ou « heureux hasard » (NdT).

menter les sécrétions hormonales, instaurent une usure progressive qui conduit à la chute des défenses psychophysiques. Dans ce cas, les conditions de stress, et donc d'activation de l'organisme, perdurent même en l'absence d'événements stressants, ou alors l'organisme réagit de manière disproportionnée à des stimuli de faible importance. En revanche, on a de l'eustress lorsqu'un ou plusieurs stimuli - qui peuvent être de nature différente - ont pour effet d'entraîner la capacité psychophysique individuelle d'adaptation. L'eustress est une forme d'énergie utilisée pour pouvoir plus aisément atteindre un objectif; il s'agit donc d'un stress positif, qui joue un rôle adaptatif important dans la vie de l'individu.

Selon H. Weiner, les théories évolutionnistes de Darwin contenaient déjà le concept de stress entendu comme les « menaces à l'intégrité et à la survie de l'organisme qui proviennent de l'environnement physique et social et qui déterminent des pressions sélectives ». Nous trouvons déjà dans cette définition une profonde différence entre le concept de traumatisme et celui de stress: une quantité adéquate de stress peut en effet présenter des aspects nécessaires à l'évolution, à la différence d'un traumatisme.

Dans cette optique, le stress ne serait pas toujours envisagé comme une réponse pathologique mais pourrait être physiologiquement utile, puisqu'il permet à l'organisme de s'adapter aux conditions les plus variées.

Selon Pancheri (1992), par exemple, un événement définissable comme « stressant » induit deux types de réponse, l'une biologique et l'autre comportementale, et toutes deux peuvent conduire à des dommages aussi bien irréversibles que réversibles au niveau somatique comme au niveau psychique en fonction de leur durée dans le temps, de leur intensité et de leur prédictibilité.

Les mêmes événements, toujours selon ces variables, pourraient toutefois conduire à une adaptation évolutive à l'intérieur de l'organisme.

En 1963 déjà, M. Khan, en parlant de « traumatisme cumulatif », avait décrit comment des événements en apparence non traumatiques ou non spectaculaires pouvaient générer un effet pathogène sur la structuration de la personnalité de l'individu en vertu de leur action répétée et stressante; Kohut (1978) avait lui aussi affirmé que des situations « brutalement traumatiques » pouvaient laisser une empreinte moins significative qu'une atmosphère chronique dominante à l'adresse du sujet.

Le DSM aussi, dans sa définition de ce qui peut être défini comme stressant, a donné une classification qui a changé dans le temps.

Nous ne voulons pas nous étendre davantage sur l'illustration du vaste tableau que la littérature propose au sujet des différentes classifications liées au concept de stress et de traumatisme, mais avant d'entrer dans le vif du sujet de notre manière de procéder et de travailler dans le domaine clinique, nous pensons qu'il est utile de présenter le diagnostic du TSPT le plus récent (introduit dans le DSM-V) qui nous fournit un tableau « descriptif » de ce trouble et de ses manifestations symptomatiques caractéristiques.

Le trouble de stress post-traumatique: un diagnostic descriptif

La formulation actuelle du DSM-V (cinquième version revue du *Manuel diagnostic et statistique des troubles mentaux* de l'American Psychiatric Association, 2015) et du CIM-10 (*classification internationale des maladies*, section des troubles du comportement, dixième version de l'Organisation Mondiale de la Santé, 2016), a cherché à classifier les troubles psychopathologiques causés par des événements extérieurs en trois catégories principales.

Il y a fondamentalement trois critères déterminant cette subdivision: la typologie objective de l'événement; l'importance et la gravité de la réponse du sujet; la durée temporelle des conséquences.

C'est ainsi qu'ont été identifiés trois types différents de trouble: les troubles de l'adaptation, le trouble de stress aigu, le trouble de stress post-traumatique.

1. *Troubles de l'adaptation* : ce sont des problèmes considérés comme cliniquement significatifs mais dont la gravité est en général légère ou modérée, avec des symptômes de type dépressif ou anxieux la plupart du temps, en réaction à un événement émotionnellement important avec lequel ils ont une relation de causalité assez définie.
2. *Trouble de stress aigu* : c'est une manifestation psychopathologique aiguë conséquente, dans un bref laps de temps, à l'exposition à un événement très grave.
3. *Trouble de stress post-traumatique (TSPT)* : c'est une manifestation psychopathologique de gravité consistante, souvent à long terme, avec des

symptômes en relation évidente avec l'exposition à un événement traumatique.

Le TSPT peut se déclarer suite à l'exposition à des événements stressants de nature à comporter une gravité objective extrême, avec une menace pour la vie ou pour l'intégrité physique de la personne ou d'autres personnes.

De nombreuses expériences traumatiques et dramatiques peuvent être considérées comme des événements stressants. Elles comprennent aussi bien des expériences *directes* que des événements dont on a été *témoin*, tout comme le simple fait de *prendre connaissance* d'événements arrivés à d'autres.

Le DSM-V soutient l'idée que l'événement stressant doit impliquer une expérience de mort (réelle ou une menace) ou de dommage grave, bien que d'autres chercheurs soutiennent une définition plus ouverte qui inclut aussi des événements non catastrophiques (McNally, 2003 ; Avina, O'Donohue, 2002 ; Weaver, 2001).

Les événements traumatiques vécus *directement* comprennent conflits militaires, agressions personnelles violentes (violence sexuelle, attaque physique, vol à la tire, braquage, enlèvement, prise d'otages, attaque terroriste, torture, incarcération comme prisonnier de guerre ou dans un camp de concentration), catastrophes naturelles ou provoquées, accidents de voiture graves, recevoir un diagnostic d'une maladie mettant la vie en danger. Pour les enfants, les événements traumatiques sexuellement peuvent comprendre des expériences sexuelles inappropriées du point de vue du développement, sans violence, lésions réelles ou menace de lésions.

Les événements vécus en qualité de *témoin* comprennent le fait de regarder une autre personne être grièvement blessée ou mourir de mort non naturelle à cause d'une agression violente, d'un accident, d'une guerre ou d'une catastrophe naturelle, ou de se trouver de façon inattendue face à un cadavre ou à des parties de corps. Ils concernent aussi, chez les intervenants de première ligne, l'exposition répétée ou extrême aux caractéristiques aversives des événements traumatiques.

Les événements vécus par d'autres, mais dont on a *entendu parler*, comprennent les agressions personnelles violentes, les accidents graves ou les blessures graves subies par un membre de la famille ou par un ami proche ;

le fait d'apprendre la mort subite, inattendue, d'un membre de la famille ou d'un ami proche ; ou le fait d'apprendre qu'un de ses enfants est atteint d'une maladie engageant le pronostic vital. Le trouble peut s'avérer particulièrement grave et durable quand l'événement stressant est créé par l'homme (torture, viol, par exemple), et la probabilité de développer ce trouble peut augmenter de manière proportionnelle à l'intensité et à la proximité physique du facteur stressant.

Les principaux troubles dont font état la majorité des patients se résument par ce qu'on appelle la « triade symptomatologique » : *intrusion, évitement, hypervigilance* (voir le tableau 1).

Parmi les symptômes, on peut constater en particulier :

- des *flash-back* : la personne présente des souvenirs récurrents et intrusifs de l'événement, qui surgissent dans la conscience en « répétant » le souvenir de l'événement. Dans de rares cas, la personne vit des états dissociatifs qui durent de quelques secondes à plusieurs heures ou plusieurs jours, durant lesquels elle revit des parties de l'événement et où elle se comporte comme si elle était en train de vivre l'événement au moment même.
- Des *cauchemars* qui peuvent faire revivre l'expérience traumatique pendant le sommeil de manière très vive.
- Une *obnubilation*, une *hébétude* (*numbing*) : un état de conscience semblable à l'étourdissement et à la confusion. Habituellement, tout de suite après l'événement traumatique, il se produit une réduction de la réactivité envers le monde extérieur, que l'on désigne par les termes de « paralysie psychique » ou d'« anesthésie émotionnelle ». L'individu peut se plaindre d'une diminution marquée de l'intérêt ou de la participation à des activités qui lui étaient précédemment agréables, ou de se sentir détaché ou étranger par rapport aux autres personnes, ou d'avoir une diminution marquée de sa capacité à éprouver des émotions. Il peut avoir un sentiment de diminution des perspectives futures (par exemple, ne pas s'attendre à avoir une carrière, à se marier, à avoir des enfants ou une durée de vie normale).
- De l'*évitement* : la personne s'efforce volontairement d'éviter les pensées, sentiments ou conversations pouvant avoir quelque lien avec l'expérience traumatique (même indirectement ou seulement symboliquement).

- Une *activation neurovégétative (hyperarousal)*, caractérisée par de l'insomnie, de l'irritabilité, de l'anxiété, de l'agressivité, un état de vigilance extrême et une tension généralisée. Un intense mal-être psychologique ou une réactivité physiologique se manifestent souvent lorsque la personne est exposée à des événements qui ressemblent ou symbolisent un aspect de l'événement traumatique (par exemple, aux dates anniversaire de l'événement traumatique; en revenant dans la rue où elle a subi une violence; un temps froid ou neigeux pour les survivants des camps de prisonniers dans les climats froids, etc.)³.

Dans certains cas, la personne touchée cherche un « soulagement » (mais en réalité elle aggrave la situation) en abusant d'alcool, de drogues, de médicaments et/ou de médicaments psychotropes; elle éprouve fréquemment un sentiment de culpabilité pour ce qui s'est passé ou pour la manière dont elle s'est comportée (ou pour ne pas avoir pu éviter les faits), sentiments de culpabilité qui sont souvent exagérés ou incohérents par rapport au déroulement réel des faits et des responsabilités objectives.

Les réactions émotionnelles typiques d'une personne ayant un problème de ce type sont une forte angoisse, de la peur, un sentiment d'horreur et d'impuissance. Curieusement, le DSM-V ne mentionne pas la réaction de douleur qui, comme nous le verrons, apparaît comme une dimension très présente dans la plus grande partie des troubles de ce type.

Comme nous l'avons déjà mentionné, toute la symptomatologie qui se manifeste chez des individus exposés à un événement stressant externe ne doit pas nécessairement être attribuée à un trouble de stress post-traumatique. D'un point de vue diagnostique classique, en effet, on parle de trouble de stress aigu (et non de TSPT) si le tableau symptomatologique se manifeste immédiatement après l'événement traumatique et se résout dans une période de quatre semaines.

Une deuxième distinction doit être faite entre le TSPT et les troubles de

3 Dans le CIM-10 (OMS, 2016), l'événement stressant est défini comme une situation ou un événement « de nature exceptionnellement menaçante ou catastrophique, apte à provoquer un mal-être diffus chez quasiment toutes les personnes ». De plus, les symptômes d'augmentation de l'activation neurovégétative (*arousal*) ne sont pas considérés comme indispensables pour diagnostiquer un TSPT. Enfin, à la différence du DSM-V, cette classification ne spécifie pas la durée minimale des symptômes.

l'adaptation. Dans ce cas, c'est l'intensité de l'événement stressant qui fait la différence. Dans le TSPT, l'événement doit être de nature « extrême » (c'est-à-dire mettre en péril la vie même), tandis que dans le trouble de l'adaptation, l'événement stressant peut avoir n'importe quel niveau de gravité (par exemple un abandon amoureux ou un licenciement inattendu).

Enfin, il est important de distinguer les pensées intrusives récurrentes dans le TSPT (souvenirs, pensées réelles ou perceptions) de celles, typiques du trouble obsessionnel compulsif, qui sont vécues comme inappropriées et qui ne sont pas liées à l'expérience d'un événement traumatique.

Critères diagnostiques pour le trouble de stress post-traumatique

(DSM-V, American Psychiatric Association, 2015. 2016 pour l'édition française)

N.B. : Les critères suivants s'appliquent aux adultes, aux adolescents et aux enfants âgés de plus de 6 ans.

A. Exposition à la mort effective ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles d'une (ou de plusieurs) des façons suivantes :

1. En étant directement exposé à un ou à plusieurs événements traumatiques.
2. En étant témoin direct d'un ou de plusieurs événements traumatiques survenus à d'autres personnes.
3. En apprenant qu'un ou plusieurs événements traumatiques sont arrivés à un membre de la famille proche ou à un ami proche. Dans les cas de mort effective ou de menace de mort d'un membre de la famille ou d'un ami, le ou les événements doivent avoir été violents ou accidentels.
4. En étant exposé de manière répétée ou extrême aux caractéristiques aversives du ou des événements traumatiques (p. ex. intervenants de première ligne rassemblant des restes humains, policiers exposés à plusieurs reprises à des faits explicites d'abus sexuels d'enfants).

N.B. : Le critère A4 ne s'applique pas à des expositions par l'intermédiaire de médias électroniques, télévision, films ou images, sauf

quand elles surviennent dans le contexte d'une activité professionnelle.

- B. Présence d'un (ou de plusieurs) des symptômes envahissants suivants associés à un ou plusieurs événements traumatiques et ayant débuté après la survenue du ou des événements traumatiques en cause :
1. Souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants du ou des événements traumatiques provoquant un sentiment de détresse.
N.B. : Chez les enfants de plus de 6 ans, on peut observer un jeu répétitif exprimant des thèmes ou des aspects du traumatisme.
 2. Rêves répétitifs provoquant un sentiment de détresse dans lesquels le contenu et/ou l'affect du rêve sont liés à l'événement/aux événements traumatiques.
N.B. : Chez les enfants, il peut y avoir des rêves effrayants sans contenu reconnaissable.
 3. Réactions dissociatives (p. ex. *flashbacks* [scènes rétrospectives]) au cours desquelles le sujet se sent ou agit comme si le ou les événements traumatiques allaient se reproduire. (De telles réactions peuvent survenir sur un continuum, l'expression la plus extrême étant une abolition complète de la conscience de l'environnement.)
N.B. : Chez les enfants, on peut observer des reconstitutions spécifiques du traumatisme au cours du jeu.
 4. Sentiment intense ou prolongé de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect du ou des événements traumatiques en cause.
 5. Réactions physiologiques marquées lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect du ou des événements traumatiques.
- C. Évitement persistant des stimuli associés à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant après la survenue du ou des événements traumatiques, comme en témoigne la présence de l'une ou des deux manifestations suivantes :
1. Évitement ou efforts pour éviter les souvenirs, pensées ou sentiments concernant ou étroitement associés à un ou plusieurs événe-

ments traumatiques et provoquant un sentiment de détresse.

2. Évitement ou efforts pour éviter les rappels externes (personnes, endroits, conversations, activités, objets, situations, qui réveillent des souvenirs des pensées ou des sentiments associés à un ou plusieurs événements traumatiques et provoquant un sentiment de détresse.

D. Altérations négatives des cognitions et de l'humeur associées à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant ou s'aggravant après la survenue du ou des événements traumatiques, comme en témoignent deux (ou plus) des éléments suivants :

1. Incapacité de se rappeler un aspect important du ou des événements traumatiques (typiquement en raison de l'amnésie dissociative et non pas à cause d'autres facteurs comme un traumatisme crânien, l'alcool ou des drogues).
2. Croyances ou attentes négatives persistantes et exagérées concernant soi-même, d'autres personnes ou le monde (p. ex. : « je suis mauvais », « on ne peut faire confiance à personne », « le monde entier est dangereux », « mon système nerveux est complètement détruit pour toujours »).
3. Distorsions cognitives persistantes à propos de la cause ou des conséquences d'un ou de plusieurs événements traumatiques qui poussent le sujet à se blâmer ou à blâmer d'autres personnes.
4. État émotionnel négatif persistant (p. ex. crainte, horreur, colère, culpabilité ou honte).
5. Réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités.
6. Sentiment de détachement d'autrui ou bien de devenir étranger par rapport aux autres.
7. Incapacité persistante d'éprouver des émotions positives (p. ex. incapacité d'éprouver bonheur, satisfaction ou sentiments affectueux).

E. Altérations marquées de l'éveil et de la réactivité associés à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant ou s'aggravant après la survenue du ou des événements traumatiques, comme en témoignent deux (ou plus) des éléments suivants :

1. Comportement irritable ou accès de colère (avec peu ou pas de provocation) qui s'exprime typiquement par une agressivité verbale ou physique envers des personnes ou des objets.
 2. Comportement irréfléchi ou autodestructeur.
 3. Hypervigilance.
 4. Réaction de sursaut exagérée.
 5. Problèmes de concentration.
 6. Perturbation du sommeil (p. ex. difficulté d'endormissement ou sommeil interrompu ou agité).
- F. La perturbation (symptômes des critères B, C, D et E) dure plus d'un mois
- G. La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
- H. La perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. médicament, alcool) ou à une autre affection médicale.

Spécifier le type :

Avec symptômes dissociatifs : Les symptômes présentés par le sujet répondent aux critères d'un trouble de stress post-traumatique ; de plus et en réponse au facteur de stress, le sujet éprouve l'un ou l'autre des symptômes persistants ou récurrents suivants :

1. Dépersonnalisation : Expériences persistantes ou récurrentes de se sentir détaché de soi, comme si l'on était un observateur extérieur de ses processus mentaux ou de son corps (p. ex. sentiment d'être dans un rêve, sentiment de déréalisation de soi ou de son corps ou sentiment d'un ralentissement temporel).
1. Déréalisation : Expériences persistantes ou récurrentes d'un sentiment d'irréalité de l'environnement (p. ex. le monde autour du sujet est vécu comme irréel, onirique, éloigné ou déformé).

N.B. : Pour retenir ce sous-type, les symptômes dissociatifs ne doivent pas

être imputables aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. période d'amnésie [blackouts], manifestations comportementales d'une intoxication alcoolique aiguë) ou à une autre affection médicale (p. ex. épilepsie partielle complexe)

Spécifier si :

À expression retardée : Si l'ensemble des critères diagnostiques n'est présent que 6 mois après l'événement (alors que le début et l'expression de quelques symptômes peuvent être immédiats).

Tenter d'effacer ce qui ne peut l'être: quand les réactions de coping dysfonctionnelles deviennent le problème

Avant d'entrer dans le détail du diagnostic stratégique opératoire du TSPT, un bref aperçu des présupposés épistémologiques et logiques de l'approche stratégique nous semble nécessaire. La thérapie brève stratégique plonge ses racines dans l'épistémologie constructiviste moderne, selon laquelle il n'existe pas de réalité ontologiquement vraie mais de nombreuses réalités subjectives qui changent en fonction du point de vue que l'on adopte (Watzlawick, Nardone, 2000). En d'autres termes, dans une approche stratégique, on assiste au passage d'une connaissance descriptive-déterministe, qui se propose de décrire la réalité des choses (typique, par exemple, des classifications diagnostiques rapportées ci-dessus), à une connaissance de type « opérative », qui permet au thérapeute d'intervenir efficacement de sorte à aider le patient à gérer sa propre réalité de la manière la plus fonctionnelle possible (Nardone, Watzlawick, 1993; Nardone, 1991, 1995; Nardone, Portelli, 2012; Milanese, Mordazzi, 2007).

Dans cette optique, la valeur d'une théorie du changement (et du modèle de thérapie auquel elle se rattache) dépend de sa capacité de donner vie à une intervention qui s'avère concrètement efficace et efficiente pour résoudre les problèmes auxquels elle s'applique, et pas à sa présupposée et arbitraire « vérité ».

Renonçant ainsi à la rassurante thèse positiviste de la possibilité d'une connaissance de la réalité qui soit « scientifiquement vraie », nous nous

occupons, dans une perspective stratégique, d'identifier le moyen le plus « fonctionnel » d'agir, c'est-à-dire d'augmenter ce que Ernst von Glasersfeld (1988, 1995) qualifie de « conscience opératoire ». Dit autrement, notre objectif est de découvrir comment les choses fonctionnent et comment les faire fonctionner au mieux.

D'un point de vue opératoire, ces considérations ont conduit à choisir une méthodologie empirico-expérimentale particulière pour la mise au point de modèles et de protocoles d'intervention dans le domaine psychothérapeutique: la « recherche-intervention ».

Le présupposé fondamental de cette modalité de recherche est que, pour connaître comment un problème fonctionne, l'observation externe ne suffit pas; il faut intervenir de sorte à modifier son fonctionnement. En effet, seule la manière dont le système répond à l'introduction d'une variable de changement pourra révéler son fonctionnement précédent. Kurt Lewin (1946), dans le domaine de la psychologie sociale, a appelé cette procédure *action-research* (recherche-action), c'est-à-dire une recherche qui étudie le phénomène sur le terrain de manière expérimentale en provoquant des modifications des événements et en observant leurs effets. Pour citer Ernst von Glasersfeld: « La connaissance, c'est-à-dire ce qui est 'connu', ne peut être le résultat d'une réception passive, mais constitue au contraire le produit de l'activité d'un sujet » (1988, p. 34). En conséquence, nous ne pouvons arriver à connaître comment un problème persiste et s'alimente qu'en intervenant activement pour chercher à le résoudre, puisque la seule variable cognitive qu'un chercheur puisse contrôler est sa propre stratégie: si elle fonctionne, elle permet de révéler les modalités du fonctionnement de la réalité qui fait l'objet de l'étude. Dans une vision cognitiviste, le changement est le fruit de la connaissance; dans une vision stratégique, en revanche, la connaissance est toujours le fruit du changement induit (Milanese, Mordazzi, 2007). C'est-à-dire que l'« on connaît un problème au moyen de sa solution » (von Glasersfeld, 1988, 1995; Nardone, Salvini, 2012; Nardone, Verbitz, Milanese, 2004 ; Nardone, Portelli, 2012; Nardone, 2012)⁴.

4 Pour une présentation détaillée et approfondie du fonctionnement d'une recherche-intervention et sur la façon dont sont construits les protocoles de traitement dans le domaine stratégique, voir Watzlawick, Nardone, 2000.

Grâce à cette méthodologie, appliquée au Centre de Thérapie Stratégique (CTS) d'Arezzo, il a été possible de mettre au point des stratégies particulièrement efficaces pour produire des changements rapides dans les domaines d'application les plus variés. Dans celui de la thérapie, cela a conduit au développement de *protocoles spécifiques de traitement* pour des formes particulières de pathologie (troubles phobiques et obsessionnels, troubles alimentaires, dépression, etc.) et, parallèlement, à des formulations spécifiques de résolution de problème stratégique pour des champs d'application particuliers (organisations, contextes éducatifs, management) caractérisées par des niveaux élevés d'efficacité et d'efficience⁵.

Comme cela avait déjà été fait dans le passé pour d'autres types de problèmes, la recherche-intervention pour l'étude du TSPT a tout d'abord été finalisée pour la mise au point d'une intervention efficace et efficiente pour cette typologie de troubles (c'est-à-dire pour un protocole spécifique de traitement) et a permis d'acquérir parallèlement des informations supplémentaires sur les modalités de persistance de ce problème. Une fois le changement produit, les stratégies adoptées nous ont ainsi aidé à comprendre « comment » le TSPT alimente sa persistance, c'est-à-dire à révéler le système de perception-réaction spécifique à ce type de troubles. Nous entendons par système de perception-réaction la modalité redondante à travers laquelle un individu perçoit et, en conséquence, réagit à sa propre réalité dans la relation avec lui-même, les autres et le monde (Nardone, Watzlawick, 1993; Nardone, 1991).

Dans une perspective où les personnes construisent activement leurs réalités individuelles et créent leur propre représentation du monde, les événements traumatiques « recadrent » de manière dysfonctionnelle le sentiment de la réalité, défiant littéralement les modèles de représentation de la réalité sur lesquels chacun de nous fonde son sentiment de sécurité et de contrôle. Pour citer Alexander (1946), nous pourrions définir le traumatisme comme

5 Pour l'application du modèle dans le domaine clinique, voir Nardone, Watzlawick, 1993; Nardone, 1991, 1996, 2003, 2003b, 2008, 2010, 2015, 2016a, 2016b; Watzlawick, Nardone, 2000; Nardone, Verbitz, Milanese, 2004; Nardone, Cagnoni, 2002; Nardone, Rampin, 2005; Muriana, Pettenò, Verbitz, 2006; Nardone, Loredio, Zeig, Watzlawick, 2006; Nardone, Selekman, 2011; Nardone, de Santis, 2011; Nardone, Portelli, 2012, 2016; Wittezaele, Nardone, 2016. Pour les autres applications, voir Nardone, Milanese, Mariotti, Fiorenza, 2000; Nardone, Giannotti, Rocchi, 2001; Nardone, 2008; Milanese, Mordazzi, 2007.

une sorte d'« expérience émotionnelle correctrice » négative, qui introduit un changement « catastrophique » dans la vie de l'individu (Nardone, 2012), ouvrant une brèche dans son sentiment de réalité et dans son équilibre personnel. La personne fait l'expérience d'un *saltus*, d'un moment dramatique de rupture dans son autobiographie, dans lequel elle reste d'une certaine manière « coincée », comme suspendue dans un « éternel passé », sans la possibilité d'avancer à travers le présent vers son propre futur.

Le traumatisme est un événement soudain, inattendu, et même dans les situations où le stress perdure plus longtemps (comme dans une guerre), on discerne généralement un épisode spécifique qui fait la différence, qui crée la rupture.

C'est par exemple le cas de N., anesthésiste de quarante-cinq ans, habitué depuis quinze ans à affronter le stress quotidien de la salle de réanimation et à voir sortir des personnes de tous âges, parfois vivantes, parfois mortes. Une nuit, comme cela lui arrive souvent, il est appelé d'urgence en salle d'accouchement pour assister une césarienne. La femme avait été amenée en salle d'opération après de nombreuses heures de travail. L'enfant, mort-né, est cyanosé.

N. arrive en thérapie avec « la phobie que le téléphone sonne la nuit ». En réalité, les soirs où il est de garde, lorsqu'il s'allonge, il revit ces images et développe de véritables symptômes anxieux. Nous ne pouvons pas savoir pourquoi cet événement stressant parmi tant d'autres a fait la différence. Mais nous savons que c'est sur cet événement-là que nous devons travailler.

D'un point de vue opératoire, il est cependant fondamental de souligner que toutes les personnes qui ont été exposées à un stress traumatique, même de type « extrême » comme une guerre, un accident grave, une inondation ou un viol ne sont pas destinées à développer les symptômes d'un TSPT. Une étude a par exemple montré que seules 25 pour cent des personnes ayant traversé un événement traumatique avec des lésions physiques consécutives ont ensuite développé le trouble (Shalev *et al.*, 1996).

La recherche clinico-expérimentale (Watzlawick, Weakland, Fisch, 1975; Nardone, Watzlawick, 1993; Nardone, 1996; Nardone, Watzlawick, 2005; Nardone, Portelli, 2012) a révélé que ce qui semble déterminer la formation et la persistance d'un problème psychologique n'est pas sa supposée « cause originelle », mais la réaction réitérée dans le temps de la personne et de ceux

qui l'entourent dans leur tentative même de résoudre le problème. Il s'agit de ce qui a été défini ailleurs comme « les tentatives de solution » qui compliquent le problème (Watzlawick, Weakland, Fisch, 1975; Nardone, Watzlawick, 1993; Nardone, 2015), et qui représente le concept clé de l'approche stratégique.

Dans le cas du trouble de stress post-traumatique également, qui se différencie des autres problématiques parce que sa cause originelle est connue et que la personne a réellement été victime d'un événement qui mine sa perception du monde, il semble que le fait de développer ou non un trouble dépende vraiment de la manière dont la personne réagit pour faire face (*cope*) à l'événement traumatique: c'est-à-dire de ce que nous appelons ses *coping reactions* (Nardone, Cagnoni, Milanese, 2008; Nardone, Portelli, Bartoletti, 2008).

Dans le TSPT plus que dans tout autre type de trouble, l'origine du problème (l'expérience traumatique) revient constamment dans le présent, et il serait pour cette raison particulièrement erroné de parler d'un processus à causalité linéaire dans le cas de ce trouble: la cause est déjà certaine et s'est rapidement transformée en un piège à l'intérieur duquel chaque souvenir du traumatisme devient source de panique. La dramatique tentative d'effacer tout souvenir échoue constamment, entraînant avec elle douleur, peur, angoisse, sentiment d'impuissance et, parfois, culpabilité et colère. Concrètement, une fois passé le moment de l'expérience traumatique, étant donné que tout ce qui est fait pour se défendre contre son effrayant souvenir ne fonctionne pas, ces tentatives ne font que la confirmer dans le présent en aggravant ses effets jusqu'à une éventuelle réaction de véritable panique, tant en termes de généralisation de la peur que de réponse psychique et comportementale.

La preuve empirique de ce que nous avons affirmé jusqu'ici est qu'en travaillant sur ces réactions de *coping* inefficaces et en interrompant la spirale qu'elles ont déclenchée, on obtient habituellement le déblocage immédiat du problème (nous verrons comment plus loin).

Dans cette optique, ce sont véritablement les moyens avec lesquels la personne tente d'affronter les effets du trauma qui déterminent si elle parviendra à élaborer de manière efficace ce qui est arrivé, et à se libérer ainsi mentalement de son passé traumatique, ou si son état angoissé évoluera

en un trouble (le STPT) où le passé continuera à submerger et à envahir le présent.

Les réactions de *coping* mises en œuvre par la personne peuvent aussi bien être choisies consciemment et rationnellement avec l'idée de surmonter le traumatisme qu'appliquées spontanément ou contraintes sous l'effet d'une quelconque pression, interne ou externe (Milanese, Mordazzi, 2007).

Comme nous l'avons déjà montré, l'événement traumatique prend la personne par surprise, créant chez elle un sentiment extrême de perte de contrôle qui défie la perception de soi, des autres et du monde. Cela conduit l'individu à mettre en œuvre des réactions qu'il considère utiles puisqu'elles l'ont été dans le passé dans d'autres expériences significatives de sa vie (par exemple l'idée que la chose la plus rationnelle à faire est de cesser d'y penser) ou qui peuvent être spontanées - une sorte de réaction réflexe face à la situation menaçante (par exemple, commencer à éviter tous les lieux et les personnes qui pourraient faire surgir des souvenirs dévastateurs) -, ou il pourrait être contraint à réagir d'une manière donnée, prescrite par le système qui l'entoure (par exemple, dans les opérations militaires spéciales, les soldats sont obligés de garder un secret absolu à propos de ce dont ils ont été témoins ou de ce qu'il leur a été ordonné de faire) (Nardone, Portelli, Bartoletti, 2008).

Notre recherche empirico-expérimentale sur le TSPT nous a permis d'identifier trois réactions de *coping* principales mises en œuvre par les sujets qui présentent ce type de trouble: *la tentative de contrôler ses propres pensées et d'effacer l'expérience traumatique, l'évitement de toutes les situations associées au traumatisme, la demande d'aide, de réassurance, et les plaintes.*

Après avoir vécu un événement traumatique, la personne devient plutôt vulnérable et sa première réaction, dictée par les meilleures intentions, est par conséquent *un combat pour contrôler sa pensée* dans l'illusion de pouvoir d'une manière ou d'une autre « oublier » le trauma vécu et de garder sous contrôle les sensations effrayantes qui lui sont liées.

La « tentative de ne pas penser ou d'oublier » devient ainsi le scénario de perception-réaction redondant et infructueux mis en œuvre par le sujet pour affronter la peur que les images et les sensations de l'événement traumatique se représentent. Nous pouvons considérer que cette réaction est

analogue aux mécanismes de défense de négation et de refoulement identifiés par Freud, à savoir des stratégies employées par le Soi face à des expériences qui ont menacé l'estime de soi, et qui augmentent l'anxiété (Nardone, Portelli, Bartoletti, 2008).

De cette façon, dans la tentative de conserver un contrôle de ses processus mentaux ou de chasser un souvenir de sa mémoire (les patients disent parfois des phrases du type: « J'ai tenté par tous les moyens de me réinitialiser mais je n'ai pas encore réussi »), le sujet vit la situation paradoxale de ne pas réussir à s'empêcher de penser et de ressentir ce qu'il voudrait oublier. En effet, les tentatives de chasser les images, les sensations, les pensées et tout stimulus faisant surgir les souvenirs de l'événement traumatique finissent par les intensifier encore plus. Comme le dit un ancien dicton, la personne est piégée dans la situation où « penser à ne pas penser, c'est penser encore plus ».

L. a trente et un ans quand elle trouve sa mère pendue dans la cave. Depuis ce soir-là, elle dort avec la lumière allumée et interdit à tout membre de sa famille d'éteindre les lumières dans la pièce de la maison où elle se trouve. Elle dit craindre de se souvenir de ce qu'elle a vu ce même soir, dans la pénombre, quand elle était descendue pour prendre une bouteille d'eau. Elle évite ainsi toute situation ayant un arrière-plan d'obscurité et chaque nuit elle s'endort d'épuisement, la lumière allumée. Ce qui peut sembler une phobie de l'obscurité n'est autre que la « terreur de se rappeler » quelque chose qui, justement parce qu'elle veut l'effacer, apparaît devant ses yeux chaque fois qu'elle les ferme.

Comme l'exemple précédent l'a bien décrit, les réactions ne se limitent pas à la tentative d'oublier. La plupart des personnes qui souffrent d'un TSPT commencent aussi à *éviter* toutes les situations potentiellement liées à l'événement traumatique, dans la tentative d'en chasser toute trace de leur mémoire et d'éviter ainsi de devoir s'en souvenir. Elles évitent donc les lieux, les personnes et les situations en relation directe avec l'événement, mais elles peuvent aussi en arriver à éviter des situations qui, bien que n'ayant aucun rapport direct avec le traumatisme, lui sont associées: rencontres sociales, foule, films et musique qui stimulent des émotions semblables à celles vécues durant l'événement (tout type de contact physique dans le cas d'un viol ou de violences physiques, etc.). Van der Kolk,

McFarlane et Weisaeth (1996, p. 6) affirment que « ce qui distingue les personnes qui développent un TSPT de celles qui sont simplement temporairement stressées est que les premières organisent leur vie autour du trauma. »

Chaque évitement a cependant pour effet de conduire à un véritable enchaînement d'évitements progressifs qui non seulement confirment et impriment l'événement dans la mémoire, mais finissent (par une sorte d'effet de « généralisation ») par confirmer la dangerosité de situations qui ne sont pas du tout liées au traumatisme.

Il arrive ainsi que des situations ou des lieux « neutres » soient progressivement connotés par une perception de réel danger bien que n'ayant aucun type de rapport direct avec la situation traumatique initiale. Tout cela n'a pas comme seul effet d'augmenter la peur en la confirmant; cela rend aussi la personne de plus en plus sceptique quant à ses propres ressources, ce qui augmente ainsi ses réactions phobiques et rend le problème de plus en plus handicapant et limitant. C'est ainsi que se propage un sentiment d'impuissance qui, associé à un éventuel sentiment de culpabilité préexistant, peut même conduire à la conviction de « l'avoir mérité ».

C'est un peu ce qui est arrivé à T., quarante-sept ans, qui vient en thérapie en se plaignant de ne plus arriver à dormir ailleurs qu'à son domicile, raison qui l'a portée à se disputer de nombreuses fois avec son compagnon. La femme raconte qu'elle a été agressée par des voleurs pendant la nuit, durant son sommeil, lors de vacances passées dans un village touristique une année auparavant. L'événement l'avait conduite à interrompre ses vacances et à retourner immédiatement chez elle. Elle s'était sentie tout de suite mieux et semblait avoir surmonté l'épisode effrayant. Quelques semaines plus tard, à l'occasion d'un anniversaire, son compagnon lui offre un week-end à Venise que, naturellement, la patiente accepte avec plaisir. Au moment d'aller dormir, T. commence à se sentir envahie par des pensées terrifiantes au sujet d'une éventuelle agression et à manifester de forts symptômes anxieux, au point de contraindre son compagnon à la ramener chez elle, où elle se calme immédiatement.

S'ensuivent alors deux ou trois tentatives infructueuses de déplacement, qui ont cependant toutes la même issue: le retour à la maison pour dormir, même au prix de voyager une nuit entière. Dès ce moment, la femme évite

toute occasion qui puisse la conduire à dormir en dehors de chez elle, car elle a la sensation que sa chambre est le « seuil où ces pensées n'arrivent pas ».

Une fois déclenché ce cercle vicieux d'évitements, la personne utilise souvent une autre « stratégie » qui, malheureusement, s'avère totalement contreproductive: *la demande d'aide et de réassurance*, c'est-à-dire la tendance à être toujours accompagnée et réconfortée par quelqu'un qui soit prêt à intervenir en cas de crise ou qui soit simplement disponible pour la rassurer verbalement. L'effet d'une telle stratégie semble au départ réellement rassurant mais, progressivement, il conduit à l'aggravation de la peur et de ses conséquences limitantes. En effet, c'est justement la possibilité d'avoir quelqu'un prêt à l'aider qui confirme au sujet son incapacité à affronter seul les situations redoutées et à en gérer les conséquences. Ce processus a également tendance à se généraliser - fonctionnant comme une véritable « prophétie auto-réalisatrice »⁶ - jusqu'à devenir une nécessité absolue, et portant la personne à créer des formes graves de trouble phobique basées sur la logique de « je dépends » et non de « je contrôle ».

Les autres personnes sont souvent mobilisées pour tenter de donner un sens à ce qui est arrivé: il s'agit de la réaction que nous appelons la *création du sens*. Souvent mise à mal dans sa tentative de bloquer ses pensées, la personne cherche à donner un sens à ce qui s'est passé (« pourquoi est-ce arrivé, pourquoi à moi, qu'est-ce qui l'a provoqué, que ce serait-il passé si j'avais fait quelque chose de différent, si... ? »). Dans son livre *Découvrir un sens à sa vie* (1946/2013), Viktor Frankl parle de l'importance, cruciale pour la survie physique et psychologique, de trouver un sens à sa vie. Dalglish (1999) soutient que les individus ont des croyances et des perceptions pré-traumatiques d'eux-mêmes, des autres et du monde qui entrent en jeu quand un traumatisme se produit et que l'événement traumatique fournit des informations typiquement incompatibles avec ces croyances et ces perceptions (Nardone, Portelli, Bartoletti, 2008). Par ailleurs, au besoin de prévoir notre

6 Par prophétie auto-réalisatrice nous entendons le concept introduit par Paul Watzlawick (1988) selon lequel une supposition, par le seul fait d'avoir été formulée, fait se réaliser l'événement présumé, confirmant ainsi son caractère véridique. L'action qui découle d'une telle prophétie crée les conditions pour qu'arrive l'événement prévu, produisant une réalité qui sans cela ne se serait pas manifestée.

monde et le comportement des autres s'ajoute celui de maintenir notre sentiment de confiance et d'estime de soi, et l'un des moyens de le faire est de tenter de comprendre « pourquoi » les événements en question sont arrivés (Brewin, 1989).

En fonction du type d'expérience traumatique et des caractéristiques individuelles, la personne peut essayer de trouver seule le sens de cette expérience (cela arrive souvent dans les cas de viol et de maltraitance physique, quand l'événement traumatique est gardé secret) en attribuant elle-même un sens à l'événement, en se posant des questions dont les réponses conduisent à de nouvelles questions et à un état de confusion mentale. Mais le plus fréquemment, la personne tente d'impliquer les autres (quand le traumatisme a été partagé par plus d'une personne ou que l'événement est connu des autres). Malheureusement, en particulier dans ce cas, aucune réponse n'est suffisamment convaincante, ce qui fait que la personne continue à parler de l'événement.

C'est ce qui est arrivé à P., quarante et un ans, une femme belle et aisée, mère de quatre enfants et épouse d'un homme à la carrière florissante. Elle arrive en thérapie poussée par son mari, qui l'accompagne, deux ans après la disparition de leur plus jeune fils mort d'une méningite à seulement quatre ans. La maladie du garçon est entrée dans leur vie en la déchirant en deux, comme un éclair peut donner l'impression de diviser en deux le ciel nocturne. P. se rappelle exactement de chaque infime détail de l'instant où on leur a appris que l'enfant avait une méningite. Elle se souvient de n'avoir plus réussi à dormir et d'avoir passé chaque moment de sa journée à parler avec les médecins et à tenter d'être proche de son fils. Elle se souvient aussi du jour où les médecins leur ont dit que l'enfant allait mieux et qu'il pourrait bientôt sortir de l'hôpital. Depuis le jour du décès de son fils (le lendemain de sa sortie), P. ne parle que de cela. Depuis deux ans, elle ne fait que demander des explications sur la façon dont cela a pu se produire ; elle est devenue une experte de la méningite. Son mari déclare n'être plus parvenu à parler d'autre chose avec elle que des complications survenues cette nuit-là et du fait que tout ce qui avait été possible de mettre en œuvre l'avait été pour sauver l'enfant. Mais la femme n'a jamais lâché l'affaire et elle continue à demander des réassurances et des explications qui ne font rien d'autre qu'augmenter ses doutes sur ce qui a été fait à son fils et ali-

menter son besoin d'en parler avec tous ceux qui ont vécu avec eux cette dramatique expérience.

Lorsque la demande d'aide n'a pas pour but de surmonter un obstacle redouté mais qu'elle est une fin en soi en tant que conséquence physiologique du sentiment d'incapacité et de culpabilité, nous parlons de *plainte*. Il s'agit des situations où la personne adopte une position passive, que nous pourrions qualifier de « victime » et dont l'aspect prédominant consiste précisément à continuer à s'épancher auprès des autres au sujet du traumatisme subi et des sensations associées. Ce besoin de parler de ses sensations et de ses peurs a généralement pour effet immédiat un soulagement généré par la perception trompeuse d'« avoir évacué ce qui est à l'intérieur » et de l'avoir donné à ceux qui seront à même de le comprendre et de l'accueillir. En réalité, cela se traduit rapidement par un besoin encore plus pressant de s'épancher davantage et par une incapacité de plus en plus grande de gérer les sensations douloureuses de manière autonome. C'est ce qui arrive dans les groupes de *survivants*, ces groupes d'entraide qui réunissent des personnes ayant survécu à un événement traumatique (guerre, maltraitance, catastrophe naturelle, etc.). Dans de tels cas, à l'effet dysfonctionnel de la plainte s'ajoute l'effet d'« affiliation » qui, en amenant la personne à se sentir partie d'un groupe qui la comprend et l'accepte complètement, finit paradoxalement par rendre le traumatisme originel encore plus important. En effet, c'est précisément en vertu de cela que le traumatisme devient une partie structurante de la nouvelle identité que la personne a acquise en tant que « victime », identité qui est quotidiennement confirmée et renforcée par l'appartenance au groupe lui-même.

Mais les personnes ayant subi un traumatisme ne finissent pas toujours par se plaindre et interpréter le rôle de la victime avec autrui; parfois, l'attitude prédominante prend la forme d'une *capitulation* quotidienne, une résignation qui se traduit par l'absence de réaction dans quelque direction que ce soit.

La victime décide de ne pas jouer la victime, mais dans l'incapacité d'aller de l'avant et de réagir, elle se comporte exactement comme s'il n'y avait plus rien à faire. Pas d'épanchement, aucune recherche d'aide, mais un repli lent et progressif où la personne se retire et abandonne l'idée que quelque chose puisse encore valoir la peine.

Les deux modalités débouchent rapidement sur l'aspect dépressif que le TSPT porte en lui qui, bien que n'étant pas l'aspect prédominant du trouble, doit tout de même être pris en considération dès le début du traitement.

Comme le lecteur l'aura remarqué, toutes les réactions de *coping* décrites jusqu'ici renvoient en réalité à un même mécanisme de fond, qui est celui de chercher à se distraire, à se détacher de l'événement traumatique; en un mot, la tentative désespérée de la part de la personne d'*effacer* le passé, et qui, au contraire, a comme effet de le maintenir et de le rendre toujours plus envahissant dans le présent. Et évidemment, si le passé empiète sur le présent, il bloque le déroulement de l'avenir, empêchant la personne de se libérer de l'événement traumatique.

Comme nous le verrons dans le chapitre consacré au traitement, l'intervention thérapeutique consistera essentiellement à débloquer les mécanismes dysfonctionnels (les *coping reactions*) qui empêchent une saine élaboration du trauma. De cette manière, en travaillant au présent, le thérapeute guidera le patient à « remettre » le passé dans le passé, lui permettant ainsi d'avancer dans sa vie et de se réapproprier son futur.

Chapitre 2

Archiver le passé: le traitement stratégique du trouble de stress post-traumatique

Écrire l'histoire est une manière de se débarrasser du passé.

Johann Wolfgang von Goethe

Introduction

P. est une jeune femme de vingt-quatre ans, blonde avec de grands yeux bleus, discrète et aux manières plutôt modestes. À peine entrée dans le cabinet, elle s'assied et baisse le regard, manifestant non pas la timidité typique d'une personne embarrassée à l'idée de se trouver devant un psychothérapeute mais une véritable honte. Ce qu'elle présente, toujours en fixant le sol, comme le problème qui l'a conduite en thérapie est de nature sexuelle, mais le lien entre ce problème et les abus sexuels répétés de son père à son égard pendant plus de huit ans, durant son enfance et son adolescence, émergera clairement au cours de la séance.

P. ne parvient pas à se rapprocher « intimement » de son ami car, chaque fois qu'elle essaie, elle revit de façon concrète et intense les rencontres forcées de son passé. Elle déclare qu'à de tels moments, elle ne parvient pas à distinguer le passé du présent, comme s'il ne s'agissait pas de son ami mais encore de son père.

Si nous avons choisi d'introduire le sujet du traitement de manière un peu forte, c'est pour montrer d'emblée que le fait de travailler avec un patient souffrant d'un trouble de stress post-traumatique nous met face à de profondes contradictions.

Avant toute chose, une personne qui arrive en thérapie en traînant avec elle un trauma est, d'un côté, dans une situation d'urgence ou, mieux, elle « est pressée » : pressée d'être comprise, pressée d'être aidée et pressée de se libérer du passé encombrant qui entrave la sérénité de son présent (Nardone, Cagnoni, Milanese, 2007).

En même temps, bien qu'elle soit dans l'urgence, elle a parfois des difficultés à communiquer ce qu'elle éprouve à cet instant : en devant décrire l'origine du problème, elle a peur de courir le risque de le revivre ne serait-ce que pendant quelques minutes et de ne plus s'en libérer.

De plus, il s'agit d'un patient qui veut être collaborant (justement en vertu de cette « urgence ») mais qui ne peut l'être⁷, c'est-à-dire qu'il a une forte motivation, a besoin de changer mais n'arrive pas à le faire, parce qu'il est constamment débordé par cet ensemble de peur, de douleur et de colère que l'événement traumatique a introduit dans sa vie. Le patient possède généralement tous les instruments et toutes les ressources cognitives nécessaires pour surmonter son problème mais il est complètement bloqué et paralysé au niveau émotionnel.

Plus que toute autre, la situation que vit une personne ayant un trouble dû à un traumatisme montre clairement qu'un parfait « insight » sur les causes de son problème n'est en soi pas suffisant pour permettre sa résolution.

La logique ordinaire (basée sur le principe de causalité linéaire) a instillé dans le sens commun la croyance que le fait de connaître l'origine et la cause d'un problème est la clé de sa solution; pour cette raison, de nombreuses approches de psychothérapie se basent sur l'hypothèse que le seul moyen de sortir d'un problème actuel est d'aller creuser dans le passé.

Mais les personnes qui ont vécu un traumatisme sont parfaitement conscientes des événements qui ont généré leur état actuel, puisqu'elles le revivent constamment sous forme d'images hallucinatoires, de sons, de sensations, de pensées obsessionnelles, d'odeurs et ainsi de suite; elles savent exactement que certaines sensations et souvenirs n'ont plus de raison d'être; elles sont conscientes du fait que ce présent devrait en réalité être du

7 Pour un approfondissement sur les quatre types de résistance au changement, voir Watzlawick, Nardone, 2000.

passé, mais cette conscience ne les aide aucunement à surmonter la situation problématique de manière fonctionnelle.

Parfois, le patient arrive en thérapie peu après l'événement traumatique; d'autres fois, il vient après des années de lutte avec son passé intrusif. Dans les deux cas, la cause est claire, la solution en apparence impossible.

Pour cette raison, face à ce type de problème, une intervention thérapeutique basée sur une logique ordinaire⁸ qui utilise comme unique instrument la rationalisation et la conscience s'avère absolument inappropriée. Si, effectivement, un système demande à être changé sur le plan cognitif mais résiste au changement sur le plan émotionnel (à cause de la peur et de la douleur intenses que cette situation implique), nous ne pouvons espérer le changer à l'aide d'une explication, c'est-à-dire en recourant à une logique ordinaire (Nardone, 2012). Comme l'ont montré toutes les études sur l'homéostasie des systèmes vivants (Watzlawick, Fisch, 1975; Nardone, Mariotti, Milanese, Fiorenza, 2000), plus on alerte la personne sur la nécessité de changer, plus elle résistera au changement en vertu de sa tendance naturelle à maintenir son propre équilibre, malgré le fait que ce dernier puisse être réellement dysfonctionnel.

Pour citer Gregory Bateson, « pour un humain, être en contradiction est une règle, pas une exception »; il suffit de penser au nombre de fois où nos émotions et nos sensations nous portent à voir quelque chose d'une manière qui n'est pas cohérente avec notre façon habituelle d'agir (Nardone, 2012).

Pour cette raison, dans une thérapie stratégique, on utilise des strata-gèmes suggestifs spécifiques capables avant tout de conduire la personne à réaliser des expériences concrètes de dépassement de son problème sans s'appuyer sur une prise de conscience. La prise de conscience aura lieu une fois l'expérience accomplie, comme conséquence de ce qui aura été expérimenté.

En d'autres termes, le thérapeute guide le patient à vivre de réelles *expériences perceptivo-émotionnelles correctrices* (Nardone, 2012) qui l'amèneront à ouvrir la voie à des formes différentes de représentation de la réalité et à de nouvelles modalités comportementales - stades I et II du traitement - puis, dans un deuxième temps seulement, il le conduira à la récupération

8 Pour un approfondissement sur les logiques non ordinaires, voir Nardone, 2012.

consciente de ses propres ressources et capacités, d'un point de vue cognitif également - stades III et IV (Nardone, Watzlawick, 1993; Watzlawick, Nardone, 2000; Nardone, Portelli, 2012).

Selon le déroulement typique de l'intervention stratégique, les premières expériences concrètes doivent avant tout produire un changement au niveau des *sensations* et des *perceptions* du patient, qui donnera ensuite lieu à des *réactions* et des *comportements* différents lesquels, finalement, conduiront à un changement au niveau des *cognitions* (Milanese, Mordazzi, 2007). Comme nous l'avons déjà souligné, si nous voulons induire des changements en contournant la naturelle résistance au changement de la personne, surtout dans le cas d'un trouble connoté par des émotions invalidantes très intenses comme dans le TSPT, la distinction entre faire *sentir* autrement et faire *comprendre* autrement est fondamentale. Pour citer Saint Thomas d'Aquin, « il n'y a rien dans l'intellect qui ne soit d'abord passé par les sens ».

Enfin, au sujet du changement thérapeutique, il faut préciser qu'il n'existe pas une typologie unique de changement et qu'il est fondamental de savoir choisir celle qui convient le mieux aux caractéristiques du problème (Nardone, 2012).

Nous pouvons effectivement travailler pour obtenir ce que nous appelons un « changement catastrophique », c'est-à-dire intervenir de manière tellement directe et rapide que nous obtenons un changement de perception quasi immédiat que nous pouvons qualifier d'« effet découverte ». Ce type de changement peut être par exemple obtenu grâce au dialogue stratégique, à savoir l'évolution la plus récente de la conduite de la première séance qui permet, à travers une séquence de questions à entonnoir, de reformulations recadrantes et de formules évocatrices, de produire déjà lors de la première rencontre un réel *saltus* perceptuel chez le patient, court-circuitant son cercle vicieux de perceptions et de réactions et donnant ainsi lieu au premier grand changement thérapeutique (Nardone, Salvini, 2012).

Ou alors on peut travailler avec l'objectif de produire un changement graduel, étape par étape, en introduisant un premier petit changement puis, à la suite, de nombreux autres petits changements (toujours introduits par nous) qui nous permettront finalement d'atteindre l'objectif que nous nous étions fixés. Pour citer John Weakland, l'un de nos maîtres, « chaque chose

conduit à une autre chose, qui conduit à une autre chose... si l'on s'attache à faire la plus petite, puis la suivante, et ainsi de suite, on aura fait de grandes choses en n'ayant fait que de petites choses » (Watzlawick, Weakland, Fisch, 1975).

Enfin, nous pouvons viser à obtenir l'effet avalanche: un changement de degré exponentiel, que nous ne pouvons pas réaliser en séance au moyen du dialogue stratégique ou d'une seule prescription, mais en introduisant un effet minimal (à travers une prescription, par exemple) qui cependant déclenchera une réaction en chaîne jusqu'à l'explosion finale souhaitée. Dans ce cas, c'est le processus d'accumulation qui porte au point de rupture (Nardone, 2012).

Afin que l'intervention thérapeutique puisse être efficace et efficiente, il est donc indispensable qu'elle soit élaborée *ad hoc* pour les caractéristiques spécifiques de cette typologie de patients et en relation avec tous les trois niveaux fondamentaux de la thérapie: la stratégie employée, l'interaction communicationnelle et la relation patient-thérapeute.

Dans le trouble de stress post-traumatique (qui, jusqu'au DSM-IV-TR avait été classifié dans la catégorie des troubles anxieux), la peur n'est pas la seule émotion qui bloque la résolution du problème.

La résistance au changement de ces personnes n'est en effet pas uniquement constituée par la sensation de base « peur » mais par un mélange d'autres sensations primaires, dont la douleur et la colère (Milanese, Mordazzi, 2007) qui, traduites en émotions, font de ce problème quelque chose pour lequel les caractéristiques du thérapeute et ses capacités communicationnelles sont d'une importance cruciale.

Il a été souligné dans différents travaux précédents (Nardone, 1996; Nardone, Cagnoni, 2003) que, parmi les trois niveaux de la thérapie cités précédemment, celui de la stratégie (ou technique de résolution de problème) revêt une importance primordiale pour le traitement de tous les troubles à base phobique ou obsessionnelle. Cela parce que le patient, qui se trouve dans un état de souffrance aiguë et qui ressent donc l'urgence de guérir, demande avant tout d'avoir affaire à un « technicien spécialisé », capable de le guider de manière efficace pour surmonter rapidement son problème grâce à des stratagèmes d'intervention spécifiques.

Dans le cas d'un patient victime d'un traumatisme, étant donné les

contradictions qui caractérisent la situation problématique, le thérapeute doit aussi savoir créer une relation de forte participation émotionnelle, pour faire sentir au patient qu'il « sent » et comprend sa douleur, sa peur, sa colère, afin que le patient soit disposé à « se fier » aux interventions thérapeutiques. Quiconque a vécu un traumatisme a en effet un fort besoin d'acceptation et de proximité relationnelle et serait difficilement prêt à suivre un thérapeute qui se montrerait trop « froid » ou médicalisant. En même temps, toutefois, il a besoin de ne pas se sentir « envahi », et il faudra donc établir un climat adéquat de proximité émotionnelle respectueuse, où le thérapeute oscille continuellement entre la dimension de rapprochement-détachement et celle de technicité-compréhension, pour maximiser l'efficacité de l'intervention thérapeutique.

Dans ce but, le thérapeute doit non seulement savoir sélectionner les stratégies d'intervention adéquats mais aussi être capable de se syntoniser avec les modalités perceptuelles et émotionnelles du patient en recourant à une communication suggestive qui exploite pleinement les potentialités évocatrices du langage analogique (fondamentales, comme nous le verrons, en particulier dans les deux premiers stades de l'intervention).

Les trois niveaux de la thérapie (stratégie, communication et relation) s'avèrent ici de première importance, et s'articulent dans une circularité continue où la capacité de communiquer du thérapeute doit créer une relation apte à mettre le patient dans la condition de s'en remettre à l'intervention thérapeutique; la relation, à son tour, est facilitée et renforcée par la connaissance technique du problème et par la capacité de *problem solving* que le thérapeute parvient à transmettre au patient.

La première séance de thérapie avec un patient de ce type est d'une importance cruciale pour l'évolution de tout le processus thérapeutique, parce que c'est à ce moment que le problème est défini, c'est-à-dire que le système de perception-réaction du patient est identifié et que sont mises en place les premières manœuvres visant à débloquer le cercle vicieux déclenché par les réactions de *coping* dysfonctionnelles.

Comme prévu, le patient devra être « capturé » suggestivement par le thérapeute (Nardone, Watzlawick, 1993; Nardone, 1991), à travers un langage injonctif et à la fois « technique », de sorte qu'il ait la sensation de se trouver face à une personne qui connaît exactement le fonctionnement

de son problème mais qui en même temps se place dans une position d'écoute.

La capacité d'« influencer » et de persuader passe par une série d'éléments communicationnels verbaux et non verbaux qui, à partir de la première impression que le thérapeute donnera au patient, devront être modulés et syntonisés durant tout le cours de la thérapie (Nardone, Mariotti, Milanese, Fiorenza, 2000; Nardone, 2007).

La personne qui garde en elle - malgré elle - un souvenir traumatique aura dès le premier contact besoin de sentir autour d'elle un climat d'attente patiente (mais active), de manière à ne pas percevoir chaque geste communicationnel de la part du thérapeute comme une tentative pressante de connaître ce qu'elle sait devoir, péniblement, exprimer. À cet égard, il est important que le regard et le contact visuel ne soient pas constamment maintenus, mais qu'ils fluctuent harmonieusement en une alternance de contact et de détachement qui permettra au patient de se sentir accueilli mais libre. L'expression du visage doit transmettre la compréhension, mais pas la douleur; communiquer silencieusement un « moi aussi j'éprouve ce que vous éprouvez » est absolument inapproprié; en revanche, communiquer « je *sens* ce que vous éprouvez et je le comprends » est tout à fait différent. Pour paraphraser un anonyme: « Quand quelqu'un te raconte ses problèmes, ne prononce jamais les mots 'moi aussi'. La seule chose capable d'atténuer une douleur est sa particularité ». Dans l'expression faciale, les signes de compréhension par lesquels le thérapeute « ponctue » la narration du patient sont donc extrêmement importants.

Le ton, le timbre et le volume de la voix doivent aussi être modulés et syntonisés à ceux du patient qui, souvent, en particulier durant le premier rendez-vous, fait des pauses et parle à voix basse.

Le thérapeute doit donc savoir établir une relation « chaleureuse », caractérisée par des modalités communicationnelles très « enveloppantes », qui permettent à la personne de se sentir accueillie et libre de s'exprimer; il doit adopter une attitude que nous pourrions qualifier d'« écoute active », caractérisée par une grande attention à la communication non verbale et par une communication verbale réduite et absolument non pressante.

Une fois que le traumatisme a émergé, il peut arriver que la personne se laisse aller et, comme un fleuve en crue, inonde la pièce de la thérapie

de paroles et d'émotions. Dans ce cas, il est extrêmement important que le thérapeute écoute, sans interrompre ni poser de questions, laissant au patient tout l'espace dont il a besoin. Ou il peut au contraire arriver que la personne montre une grande difficulté à parler; le thérapeute pourra donc demander quelque chose, mais toujours de manière douce et en respectant complètement le rythme et les difficultés de la personne.

Nous avons souligné plusieurs fois le fait que, pour identifier le « système de perception-réaction du patient », le thérapeute doit, au cours de la première séance, focaliser son attention sur la manière dont le problème fonctionne au présent, c'est-à-dire sur ce que la personne fait, volontairement ou spontanément, pour tenter de résoudre le problème qui la fait souffrir. Dans ce cas, l'attention visera à identifier les réactions de *coping* que la personne met en œuvre dans la tentative de gérer les effets dramatiques du traumatisme qu'elle a vécu.

À la différence de ce qui se passe dans le cas d'autres troubles, cependant, l'enquête sur le traumatisme ne doit pas sembler trop structurée: les questions doivent être « mesurées » dans leur nombre et leur rythme, et doivent surtout contenir en elles une redéfinition de la situation qui fasse « sentir » au patient que le thérapeute, lui aussi, « sent ». C'est en effet grâce à la capacité descriptive du thérapeute que le patient pourra se sentir compris dans toute sa douleur et son angoisse. La capacité de terminer une phrase difficile à prononcer devient dans ce cas une ressource précieuse: innombrables sont les fois où le patient en difficulté peut s'arrêter, trop embarrassé par le sujet traité, trop angoissé par les contenus ou submergé par des vagues d'émotion trop fortes pour être maîtrisées.

Dans ce contexte, l'utilisation du « dialogue stratégique » (Nardone, Salvini, 2012) cité précédemment - c'est-à-dire de la modalité de déroulement habituellement privilégiée lors de la première séance d'une thérapie évoluée - ne serait pas syntonisée aux besoins du patient, qui doit être amené avec douceur et sans contrainte à exposer quelque chose d'extrêmement dur et douloureux.

Face à un patient qui souffre d'un traumatisme, savoir conduire le dialogue thérapeutique de manière à conjuguer la capacité de guide à celle, fondamentale, d'écoute et de compréhension apparaît indispensable, surtout pour faire en sorte que la personne soit disposée à accepter les pres-

criptions de la première séance, en particulier celle que nous considérons comme la manœuvre clé pour débloquent un TSPT : le *roman du trauma*.

Nous illustrerons le protocole de traitement pour ce type de problème à travers la narration de quelques cas cliniques traités.

Pour éviter que l'exposé de chaque cas ne soit trop long, nous nous limiterons à rapporter la transcription fidèle et littérale d'un premier cas, très court, et nous raconterons les cas suivants en nous arrêtant sur les manœuvres et caractéristiques de base.

Accidents

Cas 1. Quand les sensations ne s'en vont pas: le roman du trauma

L. est une jeune fille que sa mère amène en thérapie parce que, depuis quelque temps, elle semble anxieuse, en souffrance, toujours nerveuse. Ses parents savent que L. a assisté à un affreux accident de la route, mais personne n'est au courant des détails car la jeune fille est très renfermée et ne veut rien raconter.

Sa mère ayant été, dans le passé, une patiente du professeur Nardone au Centre de Thérapie Stratégique d'Arezzo, elle a décidé d'amener sa fille en thérapie dans l'espoir qu'elle décide de s'ouvrir au thérapeute.

Nous rapportons ici la transcription de la première séance.

Première séance

Thérapeute: Ta mère vient de me mettre au courant, mais je veux apprendre de toi ce qui te fait tant souffrir.

Patient: (silence) En fait, une série de choses, dans le sens où... je veux dire... euh... j'ai un peu essayé de penser par moi-même... de réfléchir à pourquoi je pouvais être un peu comme ça, et... euh... il y a une série de raisons, disons... par exemple, justement, mardi cette chose m'est arrivée, et... euh... c'est-à-dire... je me suis sentie comme... pas à la hauteur de la situation, et... genre... un peu... moi, déjà, j'ai toujours une apparence souriante et solaire, parce que...

T: C'est ça qu'il faut montrer.

P: Eh! Exact.

T: La dignité l'impose.

P: Exact, je ne suis pas quelqu'un de grognon, mais... et puis en réalité, disons, l'opinion des autres m'intéresse beaucoup, elle m'a toujours intéressée... j'étudie la mode, donc je m'intéresse particulièrement aussi à la forme... euh... mais disons que sous certains aspects, je manque un peu d'assurance et donc, d'après moi, ce que j'ai pu penser, le fait de ne pas... je veux dire, de m'être trouvée dans cette situation, d'avoir tout vu, tout senti et de n'avoir pas...

T: Fait...

P: ... De n'avoir rien fait, parce que moi, pratiquement, je n'ai pas pu ou pas voulu... et sincèrement, je ne le sais même pas...

T: OK, je dois te demander une chose douloureuse, mais je dois te la demander: pourrais-tu me décrire exactement tout ou est-ce trop douloureux pour toi?

P: Non, j'y pense tout le temps.

T: Justement, donc tu peux me le décrire.

P: En fait, plus que de me souvenir des faits comme je les ai vus... j'ai carrément l'impression de revivre les mêmes bruits que j'ai entendus...

T: Bien sûr.

P: ... Par exemple nous étions en voiture avec une amie à moi et nous étions pratiquement arrivées chez moi, et il y avait quelqu'un dans la rue qui faisait comme ça [geste avec les mains pour indiquer de s'arrêter]... mais sur le moment, enfin... nous avons même eu envie de rire: « Mais ce type... »

T: « Ce type est soûl ».

P: C'est ça. « Mais qu'est-ce qu'il fait au milieu de la rue, de l'auto-stop? » Mais au contraire, genre... en fait, je veux dire... je regardais comme ça [elle tourne la tête d'un côté pour montrer qu'elle regardait dehors par la vitre de la voiture, pas devant elle], j'ai regardé devant et j'ai vu une voiture, n'est-ce pas, qui était pratiquement renversée sur un côté, sur le côté du passager, et donc, sans même y penser, nous sommes descendues de voiture et nous avons commencé à courir vers cette voiture qui était en montée, n'est-ce pas? C'est-à-dire... je me souviens précisément du bruit de mes talons sur l'asphalte, je me souviens précisément du bruit, vraiment du bruit des

flammes... je me rappelle exactement tous ces bruits, je veux dire toutes ces choses infimes, je me rappelle chaque plus petit détail, je me rappelle chaque chose que j'ai pensée à cet instant, de ne pas savoir quoi faire, l'odeur qu'il y avait, l'essence par terre, le sang par terre... je veux dire... je me souviens de tout, enfin... plus que des faits... je ne sais pas dire combien de temps...

T: Vraiment les sensations.

P: Exactement. Je ne sais pas quantifier, c'est-à-dire que je ne sais pas combien de temps ça a duré, cinq minutes, une demi-heure, une heure, je ne sais pas.

T: Mais tu as les sensations vives en toi.

P: Je me souviens de tout, en fait, c'est comme si le fait de revivre... c'est-à-dire que si je ferme les yeux, je me revois encore en train de courir, je me vois encore m'agenouiller par terre, je m'entends encore essayer de lui dire quelque chose et je ne savais pas quoi lui dire... euh... les pompiers, je les vois encore arriver, je les vois éteindre le feu, je vois comment ils se regardent, comment ils nous regardent, ce qu'ils me demandent, tout... Enfin... c'est comme... je veux dire... c'est comme... c'est comme... c'est comme si j'étais encore là-bas.

T: OK, bien. Et ta maman m'a dit que tu fais des cauchemars qui te persécutent.

P: Ah, oui, oui, oui. Mais du genre... ce n'est pas que je revive la même chose en rêve, c'est toujours des choses différentes.

T: Bien sûr.

P: Mais c'est toujours...

T: Les rêves transposent.

P: Eh oui. Et... comme par exemple un dernier que je me rappelle, c'est que mon papa et moi étions en voiture, parce qu'après mon papa était venu me chercher, donc j'ai imaginé que c'était pour cela, et alors... pratiquement, nous allions à la rencontre d'un tas de personnes déguisées, dans des couleurs de type vert acide, genre... euh... phares de voiture, c'est-à-dire d'un jaune type phares de voiture, presque phosphorescent, mais avec une capuche, on ne voyait pas leur visage, et qui continuaient à marcher dans notre direction et mon papa, avec la voiture, tentait de les éviter. Et à un moment, il y en avait un qui était immobile et qui avait... par terre... il y avait de l'essence, et il avait... un... un morceau de tissu, il l'a jeté par terre et

une voiture devant nous a pris feu, mais la personne qui était à l'intérieur est sortie de la voiture... voilà... c'est un des nombreux...

T: OK. Bien sûr, bien sûr, bien sûr. Et pendant la journée, c'est la même chose, tu entends les bruits, tu sens les odeurs...

P: Oui, oui. Et puis, je... le lendemain, je suis allée à Florence, c'est-à-dire je suis allée à l'école, comme si de rien n'était, je veux dire, je suis sortie tous les soirs, je ne suis jamais restée à la maison, j'ai toujours fait quelque chose, soit j'étudiais soit j'allais à la bibliothèque ou au cinéma...

T: Bien sûr.

P: ... C'est-à-dire que je ne... mais par exemple, ne serait-ce que pour aller à l'école le matin, disons que je suis dans la rue toute seule, même si ça ne dure que dix minutes, je me mets à y penser. Même si j'essaie de ne pas le faire, je me mets à y penser.

T: OK.

P: Ou alors à déjeuner, que sais-je, je prends mon assiette, j'attends que quelqu'un vienne s'asseoir à côté de moi, et alors...

T: Et tu y penses.

P: ... Pendant que... ça me vient un instant, même seulement un instant, mais ça me revient à l'esprit et, je veux dire... mais à cause d'un... d'un de mes traits de caractère, justement, je ne... enfin, aux yeux de tous mes amis, de mon copain, je vais très bien...

T: Personne ne s'est rendu compte de rien.

P: ... Je vais très bien, je suis super tranquille, il n'y a aucun problème.

T: Cela s'appelle une idiosyncrasie familiale, OK? C'est un héritage familial, OK?

P: (elle rit)

T: Je connais ta famille à partir de tes grands-parents, alors...

P: Elle est grande!

T: C'est une disposition familiale, OK.

P: Et donc voilà. Et ensuite, l'autre jour, je me suis mal réveillée, je suis restée à penser à cette chose toute la matinée...

T: Alors, permets-moi de te dire que ce qui est en train de t'arriver est un phénomène très connu et très bien identifiable, d'accord? Et que pour le résoudre il y a un travail à faire qui est très clair, très identifiable, OK? Mais je t'avertis, surmonter cette chose n'est pas indolore, OK? D'accord?

P: Hmm.

T: Donc maintenant je vais te donner une tâche à faire tous les jours, qui te semblera être une torture, mais tu dois la faire, OK? Parce que sinon, ces images, ces... les sons, les odeurs, tu les garderas avec toi, les sensations resteront avec toi, d'accord?

P: Hmm.

T: Donc je veux que pendant les deux semaines qui viennent, tu t'appliques, tous les jours, que tu t'armes d'un beau gros cahier...

P: Ah, non, mais je le fais déjà, hein?!

T: Qu'est-ce que tu fais?

P: Depuis que c'est arrivé. C'est-à-dire, parce que vraiment, comme je n'arrive pas à m'épancher...

T: Oui.

P: ... Je veux dire... je deviens dingue...

T: Oui, tu écris. Qu'est-ce que tu écris?

P: Ce qui me passe par la tête.

T: Non, moi je veux quelque chose de précis.

P: Non, je... tout ce qui... enfin, j'ai écrit tout ce qui me semblait être un problème à ce moment.

T: Non, attends, je veux que tu fasses quelque chose de différent.

P: Hmm.

T: Je veux que tous les jours tu me racontes, comme si tu les racontais pour la première fois, les événements, tous les détails que tu arrives à me donner, c'est-à-dire que tu dois réellement me raconter: « J'arrive là, je sens ceci, avant je vois cela, et je pense... Ensuite je descends, et puis je vois les flammes, et puis je sens les odeurs, j'entends les talons... » OK? Je veux que chaque jour tu me racontes la même histoire en l'enrichissant de détails. Tu dois vraiment répéter l'histoire.

P: OK.

T: Tusais, le seul moyen de sortir d'une telle chose, c'est de passer à travers et de prendre de la distance, OK? Donc je veux que tous les jours, comme si c'était la première fois, tu me racontes l'histoire. Donc tu commences et tu écris: « Cher Docteur, je te raconte l'histoire », et tu me la racontes tous les jours, en l'enrichissant de tous les détails qui te viendront, de tes souvenirs, de tes sensations, d'accord? Tous les jours. Je veux l'histoire du début à la

fin, tous les jours, d'accord?

P: Oui.

T: Nous nous revoyons dans deux semaines. Évite d'en parler avec qui que ce soit d'autre, d'accord?

P: Oui, il n'y a pas de danger.

T: À ta maman aussi, tu lui dis: « Il m'a donné une tâche ». De toute manière, elle connaît, OK?

En analysant cette courte séance, il émerge immédiatement que la jeune fille se trouve piégée dans la dynamique habituelle de ceux qui ont vécu un traumatisme: chaque jour, elle revit en continu les terribles souvenirs liés à l'accident auquel elle a assisté, en termes de véritables flash-back auditifs, visuels et olfactifs, et la nuit elle est tourmentée par d'affreux cauchemars. La façon dont elle tente de gérer ces sensations envahissantes est celle, typique, de chercher à éloigner la pensée, de ne pas y penser, ce qui toutefois ne fait qu'alimenter paradoxalement la persistance des souvenirs. Parallèlement, la jeune fille évite de communiquer à quiconque ce qui est arrivé, avec l'idée qu'en n'en parlant pas, elle parvienne d'une certaine manière à effacer l'événement traumatique.

De ce point de vue, le fait de ne pas parler représente la forme maximale d'évitement, une sorte de « faire comme s'il ne s'était rien passé », qui alimente encore plus l'incapacité de L. à gérer le passé de manière fonctionnelle.

Pendant toute la séance, le thérapeute est très attentif à créer une relation à l'intérieur de laquelle la jeune fille se sente non seulement comprise mais aussi valorisée dans son désir de vouloir gérer son problème toute seule. Le thérapeute lui demande la permission de pouvoir entrer dans les détails de ce qui s'est passé, la laissant libre de raconter l'événement de la manière qu'elle préfère et, à la fin, la rassurant sur le fait que ce qui lui arrive n'a rien d'« anormal » ou de « fou » et qu'il s'agit d'un phénomène bien connu qui, comme tel, peut être surmonté rapidement même si le traitement n'est pas indolore.

Recourant à la technique d'anticipation, le thérapeute déclare à la patiente que ce qu'il va lui demander sera très douloureux, qu'elle pourra avoir l'impression d'une sorte de « torture », mais qu'il faudra le suivre à la

lettre pour qu'elle puisse finalement se libérer de tous ces cauchemars et de ces sensations envahissantes et terribles.

Il conduit donc la patiente à accepter ce qui représente la manœuvre fondamentale de déblocage pour le trouble de stress post-traumatique, c'est-à-dire la prescription que nous avons intitulée le *roman du trauma* (Nardone, Cagnoni, Milanese, 2007).

Chaque jour, la jeune fille devra mettre par écrit, dans une sorte de récit et de la manière la plus détaillée possible, tous les souvenirs du traumatisme passé: images, sensations, souvenirs, pensées. Chaque jour, elle devra parcourir à nouveau, par écrit, ces terribles moments vécus, jusqu'à ce qu'elle sente qu'elle a rapporté tout ce qu'il est nécessaire de dire. Chaque fois qu'elle a terminé sa « tâche », elle devra signer et mettre le tout dans une enveloppe. Lors de la séance suivante, elle remettra tous ses écrits au thérapeute.

Le thérapeute insiste beaucoup sur le fait que la narration doit être quotidienne, redondante et la plus détaillée possible, qu'il ne doit pas s'agir d'une sorte de « journal » ou de pensées libres, ce que la patiente fait déjà. L'utilisation de l'aphorisme « si tu veux en sortir il faut passer à travers » contribue à maintenir élevé l'impact évocateur d'une manœuvre à l'égard de laquelle on s'attend généralement à une forte résistance. À ce stade, la jeune fille semble complètement « capturée » et disponible pour exécuter la prescription à la lettre, ce qui rend possible, comme nous le verrons, un déblocage symptomatique important déjà entre la première et la deuxième séance.

Deuxième séance

T: Comment les choses se sont-elles passées?

P: Bien. Peut-être parce que j'en ai aussi parlé avec mon copain. Avant, je n'avais rien dit, donc je lui ai tout raconté, et aussi à certaines de mes amies, voilà... j'en ai parlé... je ne l'ai plus gardé à l'intérieur, donc, en en parlant...

T: OK, mais tu as aussi fait la tâche que je t'avais donnée?

P: Je le lis?

T: Tu me le donnes. C'est un exercice à écrire, pas à lire.

P: Ah!

T: Alors, quel effet cela t'a fait, quand tu t'es installée là pour me raconter...?

P: Eh... quand j'ai écrit... alors... je n'y ai pas du tout pensé, je veux dire... j'ai écrit tout ce qui me venait à l'esprit sans même être...

T: Ça a été difficile ou ça t'es venu facilement?

P: Non, ça m'est venu...

T: Tout seul, n'est-ce pas?

P: Eh bien, j'ai carrément tout vidé.

T: Tu as tout vomi.

P: Oui. C'est ça. Et puis, en le relisant... je veux dire, je l'ai lu plein de fois et je me suis rendu compte que, petit à petit, en relisant, alors, comment dire...

T: Tu prenais de la distance, tu le mettais dans le passé.

P: Oui.

T: Très bien. C'était ça, l'objectif.

P: Et puis d'après moi...

T: Et tu as aussi réussi à en parler.

P: Oui, ça aussi, en effet, alors, et puis... au moins je... ne le faisais jamais avant.

T: Bien. Et tu m'as dit que les cauchemars ne se sont plus représentés.

P: Non.

T: Et pendant la journée...

P: À part que j'ai été vraiment très occupée parce que j'ai eu quatre examens... donc...

T: Oui, mais d'habitude cela n'a pas autant d'influence qu'on le croit, non?

P: (elle acquiesce)

T: Voilà, mais excuse-moi, durant la journée, l'esprit est retourné sur ces choses, ou alors...?

P: Oui, genre... l'autre jour, une fille parlait d'un accident qui avait eu lieu... une voiture avait pris feu, mais les deux jeunes avaient réussi à se sauver. Si j'avais entendu ça il y a un mois, disons, ou si je l'avais juste entendu mentionner, je serais partie.

T: Bien sûr.

P: Même les émissions de télévision, par exemple...

T: Bien sûr, tu te serais enfuie.

P: Hmm, oui, genre... comment ça s'appelle? Téléréalité... où ils montrent tous les...

T: Bien sûr.

P: ... Eh! Je n'arrivais même pas à voir ça! Quel ennui! Alors que maintenant... ce n'est pas que je n'y fasse plus attention, mais je le vois, j'arrive à l'entendre... et puis maintenant... maintenant, je pense comme ça, et puis dans un mois... (elle sourit)

T: Et puis nous verrons, nous verrons, nous verrons. Mais en attendant, pendant ces quinze jours, tu as réussi à mettre cette vilaine chose dans ton passé.

P: Oui.

T: Donc ces vilaines images ne sont plus revenues pendant la nuit, et aussi, si tu y penses, tu y repenses comme une chose qui est passée, une chose qui reste dans ton passé.

P: Oui.

T: Bien, je suis vraiment content. Tu as donc été plus tranquille, plus sereine durant tes journées?

P: Oui. Aussi parce que... c'est-à-dire... cette chose était... je l'ai aussi écrit ici... liée à tout un tas d'autres choses, à la fin... je veux dire... ma réaction... euh... le fait que je ne... que je ne parle jamais, presque jamais de ce qui me concerne, même dans les relations avec les autres personnes je garde à l'intérieur des choses qui m'ennuient.

T: Bien sûr.

P: Alors que là, par exemple, j'ai vu que... c'est-à-dire que par exemple, je suis avec mon copain et c'est une histoire très tourmentée et compliquée... euh... avant, peut-être, je ne lui aurais jamais donné la satisfaction de lui dire qu'une de ses attitudes m'ennuie, voilà, et je l'aurais gardé à l'intérieur, comme une rancœur à son égard...

T: Et qui implosait à l'intérieur.

P: ... Euh... genre... c'est-à-dire, j'ai vu ces derniers jours que... voilà, c'est une attitude qui m'ennuie...

T: OK, donc tu as appris l'art d'externaliser.

P: Oui, aussi parce que, entre autres, l'un des examens que j'ai passés est sur la communication, j'ai étudié Watzlawick et... euh... ça m'a aussi aidée, je veux dire... d'étudier pour un examen sur la communication, sur com-

ment on doit aborder les autres: être peut-être plus assertive, plus... aller à leur rencontre, se mettre à la place de l'autre... voilà. Ça aussi, ça m'a aidée.

T: Très bien. Tout est monté à la surface.

P: Oui, ça a été un ensemble de choses, un ensemble de choses.

T: Bien, je suis très content. Alors, je crois que nous avons obtenu ce que nous voulions obtenir.

P: Oui.

T: Mettre dans le passé cette vilaine chose et faire en sorte que pour celles que tu imagines, si elles viennent, tu sois capable de les laisser là où elles sont sans les faire se répandre dans ta vie en t'invalidant.

P: Oui.

T: De plus, tu as appris que, tout comme on externalise sur le papier, on peut externaliser avec les mots, avec les personnes.

P: Bien sûr.

T: Et ça n'est pas qu'il faille toujours le faire, n'est-ce pas?

P: Non, non, non. Mais genre... ça m'avait créé trop de... je veux dire, ce n'était pas seulement ça... c'était trop... j'étais arrivée au point de... par exemple, je me voyais même grosse, je veux dire...

T: J' imagine.

P: Chose dont je ne me suis jamais souciée, sincèrement, donc...

T: Bien, je suis très content. Alors, simplement, je pense que nous avons fait ce que nous devions faire. Maintenant, tu as deux choses que tu as apprises: si le cauchemar revenait...

P: Je l'écris.

T: ... Tu écris, tu écris. Chaque fois que tu te sens emplies de colère, d'injustice, tu externalises. D'autres choses, en revanche, doivent être gardées pour soi.

P: Oui.

T: OK?

P: Oui.

T: Mais tu as appris ces deux choses.

P: Oui, oui. Celle de dire tout de suite si j'ai un problème...

T: Sinon tu t'empoisonnes.

P: Oui, vraiment, même des choses stupides... je veux dire... mais je me

suis dit: « Mais je suis carrément débile, j'aurais toujours pu le faire, à la fin! » Donc, je veux dire, à la fin on clarifie tout de suite les choses s'il y a vraiment un problème.

T: Bien, je suis vraiment content. Bien. Donc cette fois, nous ne nous reverrons pas dans quinze jours, mais dans un mois.

P: OK.

T: Et si tout reste comme ça, je te donnerai un rendez-vous dans trois mois seulement, pour contrôler, OK?

P: Très bien.

(Ils prennent congé)

La réponse de L. à la prescription du *roman du trauma* est véritablement très rapide, presque immédiate: dès les premiers jours, en effet, la jeune fille a vécu l'effet libérateur de « vomir » sur le papier tous les souvenirs, les sensations et les cauchemars liés au souvenir de l'accident. La sensation qu'elle rapporte est celle d'avoir pris des distances d'avec le trauma, de l'avoir « fait sortir » et de ne plus le vivre comme quelque chose qui resurgit continuellement dans son quotidien. Grâce à l'exécution de la prescription, L. a réussi à débloquent simultanément ses deux stratégies dysfonctionnelles: chercher à oublier et continuer à cacher le traumatisme aux personnes qui l'entourent. En effet, elle rapporte avoir même commencé à en parler à son amoureux, ce qu'auparavant elle ne s'était jamais autorisée à faire. Le compte rendu de la patiente montre avec évidence que le fait d'avoir « externalisé » le souvenir traumatique à travers le roman du trauma l'a mise dans la condition de ne plus le vivre comme envahissant, tant dans sa vie diurne que dans sa vie nocturne (les cauchemars ont effectivement disparu). De plus, cette prescription a permis à la patiente de briser le mur du silence par rapport à ses propres sensations, qui dans ce cas représentait une autre stratégie dysfonctionnelle. Concernant les sensations traumatiques, s'il est vrai que trop en parler les alimente et par conséquent les aggrave, il est tout aussi évident que le fait de ne pas vouloir les exprimer et les partager de peur de les revivre les rend encore plus envahissantes et accablantes.

La découverte de l'utilité de « faire sortir » ce que l'on ressent (ce que le thérapeute appelle « l'art d'externaliser ») s'est ensuite étendue à la vie quotidienne de la jeune fille et lui a permis de se laisser aller à admettre

un de ses états d'âme devant son ami, ce qu'auparavant elle n'aurait pas pu faire.

En vertu, justement, de son « essentialité », la thérapie de L. nous semble particulièrement significative pour commencer à illustrer le traitement stratégique du trouble de stress post-traumatique.

Dans ce cas, par la seule prescription du roman du trauma, le thérapeute a introduit un effet minimal qui, par sa répétition quotidienne, a donné vie à un processus exponentiel de changement qui conduira en un très petit nombre de séances à la disparition totale des anciennes sensations et au recadrage de la perception de la réalité chez cette jeune fille.

Si le problème de L. a été créé par une « déchirure soudaine dans le ciel » (c'est-à-dire un événement inattendu et catastrophique: l'accident), le changement thérapeutique survient en revanche de manière progressive, bien que rapide, avec une sorte d'accélération jusqu'à atteindre le point de rupture du système de perception-réaction dysfonctionnel. Il s'agit d'un changement « à effet avalanche » dans lequel le thérapeute, lorsqu'il donne la prescription, se limite à lancer une boule de neige qui, en roulant, génère une avalanche irrépressible de changement.

Nous avons déjà mentionné l'importance d'adapter le type de changement aux caractéristiques du problème, et il semble important de souligner que dans le cas d'une personne traumatisée, un changement « bouleversant » (c'est-à-dire de type catastrophique) pourrait être véritablement contreproductif.

En effet, le patient doit avant tout se trouver émotionnellement prêt à accepter un changement rapide de ses sensations qui, dans le cas de souvenirs douloureux parfois mêlés à des sentiments de culpabilité et de rancœur, ont en revanche besoin de temps pour décanter. Et c'est là un aspect qui rend la prescription du *roman du trauma* parfaitement adaptée aux caractéristiques de cette typologie de personnes, puisqu'elle conjugue efficacité et délicatesse, directivité et respect total de la liberté de la personne à choisir ce qu'elle a envie d'écrire et comment elle l'écrit.

Les changements survenus dans la perception de L. sont progressivement redéfinis par le thérapeute au cours de la deuxième séance, de manière à pouvoir être consolidés et dirigés vers d'autres changements progressifs qui se produiront du fait d'une perception nouvelle de la réalité. Les décou-

vertes réalisées par la jeune fille grâce à l'exécution ponctuelle de la prescription sont ainsi « encadrées » et valorisées, ce qui rend le changement en quelque sorte inéluctable.

La prescription du *roman du trauma* est reconduite, non plus comme indication quotidienne mais comme instrument utilisable *au besoin*, au cas où certains souvenirs ou images douloureuses resurgiraient et auraient besoin d'être transcrits et archivés, ce qui évite que L. recoure aux anciennes modalités de « chercher à fuir » sa propre mémoire.

L. est revenue un mois plus tard en disant qu'elle n'avait plus eu aucun symptôme lié au traumatisme passé (elle n'a par conséquent plus eu besoin d'écrire) et qu'elle se sentait finalement libre de vivre son présent avec son ami et sa famille, avec lesquels elle dit avoir établi une communication beaucoup plus ouverte et sereine. Ce résultat s'est maintenu et a été vérifié lors des rendez-vous habituels de suivi (à distance de trois mois, six mois et un an après la fin de la thérapie).

Puisque le *roman du trauma* est la manœuvre principale pour le traitement du TSPT, nous jugeons important de nous arrêter brièvement pour en analyser la logique de base, que nous trouvons exprimée de manière efficace dans l'aphorisme de Robert Frost: « Si tu veux en sortir, tu dois le traverser ».

Quand on parle de « trauma », le thérapeute se trouve effectivement confronté à la tâche ardue de guider le patient à « archiver » un souvenir (qui l'envahit continuellement) en déclenchant un parcours de véritable recadrage perceptuel de l'événement traumatique qui permettra à la personne non pas de l'effacer mais de le replacer dans le passé, de sorte qu'il ne se propage plus dans le présent.

La prescription du *roman du trauma*, qui exige du patient qu'il raconte chaque jour de façon romancée ce qui lui est arrivé, en allant dans les détails et en racontant à nouveau le tout à chaque fois (comme dans une sorte de « roman criminel ») produit quatre effets importants.

Avant toute chose, elle permet au patient d'*externaliser* tous les souvenirs, les images, les flash-back qui l'assaillent en les transférant sur le papier et, ainsi, de s'en libérer peu à peu. Comme le dit Ugo Ojetti: « Celui qui décrit sa douleur, même s'il pleure, est sur le point de se consoler ». L'expression écrite de la douleur a effectivement un effet canalisateur: elle fait s'écouler le flot émotionnel et le laisse sur le papier.

Dans ce processus d'extrême importance, il est réellement possible d'externaliser, c'est-à-dire de mettre à l'extérieur quelque chose qui, avant, était à l'intérieur, et de le faire à travers une narration. Comme le soulignent White et Epston (2009), grâce à un échange épistolaire entre patient et thérapeute, la personne peut faire sortir des émotions et des sensations qui, faute de cela, resteraient latentes à l'intérieur et, « résonnant » en elle, continueraient à perturber son équilibre.

Écrire permet aussi de se concentrer profondément sur les souvenirs de son expérience traumatique et de les exprimer sans courir le risque d'attendre des réponses, ce qui se produit inévitablement lorsqu'on en parle avec d'autres personnes (puisque'il est impossible de ne pas communiquer, le feed-back renvoyé par les personnes qui écoutent réactive inévitablement le cercle vicieux).

La narration de l'événement, où le patient est invité à toujours plus entrer dans les détails en le racontant chaque jour comme si c'était la première fois, apparaît comme fondamentale à la lumière des recherches neurophysiologiques modernes sur l'impact qu'un traumatisme produit sur l'organisation mentale d'un individu.

En effet, des études indépendantes sur la mémoire montrent que lorsqu'une personne est influencée négativement par un traumatisme, les informations sur l'événement sont emmagasinées dans la mémoire motrice (ou des systèmes corporels) plutôt que dans la mémoire narrative, et la personne conserve les émotions négatives et les sensations physiques de l'événement originel. C'est-à-dire que le souvenir d'événements traumatisants active les zones cérébrales préposées à la vision et aux émotions, tandis que les centres du langage et de l'expression semblent désactivés. C'est comme si les souvenirs du trauma restaient bloqués, « piégés » à l'intérieur du système nerveux (Van der Kolk, 1994; Rotschild, 2000). Cependant, quand elles sont élaborées, ces informations peuvent se transférer à la mémoire narrative (ou verbalisable) et les sensations corporelles et les sentiments négatifs associés disparaissent. Comme le souligne Janssen (2006), écrire aide probablement à rétablir les liaisons entre les différentes zones.

La répétition quotidienne de la narration déclenche par ailleurs une sorte de processus naturel à l'égard des souvenirs traumatiques qui est analogue à ce que Piaget appelle « habitude » et Darwin « adaptation ». Dans ce

processus, en faisant évoluer chaque jour le roman à travers le langage choisi pour raconter les événements qui se sont produits, la personne finit par « s'habituer » à parcourir de manière répétée certains souvenirs, donnant ainsi vie à une spontanéité différente. Pour citer le poète Esope: « L'habitude rend supportables les choses les plus effrayantes ». De plus, en recherchant activement et quotidiennement les pires souvenirs et les sensations les plus effroyables pour les transcrire, la personne finira par ne plus les vivre comme quelque chose d'intrusif et d'incontrôlable, mais comme quelque chose de gérable, parce qu'ayant été volontairement recherché et non plus subi.

Reparcourir quotidiennement par écrit un événement tragique permet de se *détacher* progressivement de la peur, de la douleur et de la colère qu'il a provoquées: l'habituatation à une sensation ou à une émotion a comme effet d'atténuer son intensité. S'il est vrai que même le plus exquis des plaisirs peut devenir une habitude et, pour cette raison, se révéler beaucoup moins agréable, cela vaut aussi pour les sensations douloureuses dont, en vertu du même mécanisme, on peut s'éloigner graduellement.

S'éloigner d'un événement passé signifie alors - puisqu'il n'est pas possible de déplacer le présent dans le futur - que le passé est *replacé* temporellement dans sa juste dimension: le passé lui-même. Le traumatisme repositionné peut ainsi cesser d'envahir le présent de la personne et de limiter la construction de son avenir.

Grâce au roman du trauma, la blessure laissée ouverte par le traumatisme se transforme peu à peu en une cicatrice qui, même si elle ne disparaît pas complètement, permet à la personne de se réapproprier le présent (Nardone, Cagnoni, Milanese, 2007).

Enfin, le fait de devoir remettre le roman au thérapeute représente une sorte de « rite de passage », de dépassement de l'événement traumatique qui amplifie de manière suggestive l'effet produit par l'exécution de la prescription.

À l'évidence, pour que le patient soit disposé à accepter une prescription aussi douloureuse et contraire à ce qu'il a fait jusqu'à ce moment pour gérer son problème, il est indispensable que le thérapeute ait créé une excellente relation au cours de la première séance et qu'il emploie une communication fortement suggestive et hypnotique en lui donnant la prescription. Il

semble ainsi fondamental de recourir à des images très évocatrices (comme celle de la blessure qui doit cicatriser, par exemple) à même de réduire au minimum la résistance du patient et augmenter sa compliance à la prescription.

Le roman du trauma peut être considéré comme la manœuvre principale et distinctive du traitement du trouble de stress post-traumatique parce qu'il intervient directement sur la réaction de *coping* fondamentale (essayer de ne pas se souvenir). Si elle est suivie à la lettre, cette prescription s'avère extrêmement efficace pour produire un premier déblocage déjà entre la première et la deuxième séance du traitement, comme cela s'est produit dans le cas que nous venons d'exposer.

Comme nous le verrons en analysant d'autres cas cliniques, l'aspect le plus difficile de cette manœuvre réside véritablement dans la capacité du thérapeute de la faire accepter au patient, puisqu'il s'agit d'une technique plutôt douloureuse surtout dans les premiers jours de son application, et il faut parfois plusieurs séances avant que le patient décide de la mettre en pratique.

Cas 2. « Dites-moi que ce n'est pas de ma faute! »: un terrible accident de la route

M. est un jeune homme arrivé en thérapie au CTS après avoir survécu à un accident de la route survenu un an plus tôt, alors qu'il se trouvait au volant de sa voiture. L'accident avait été causé par un autre automobiliste qui, dépassant des véhicules sur une route nationale en dépit de la double ligne continue, s'était subitement trouvé face à la voiture de M. et l'avait littéralement propulsée dans le fossé qui bordait la route. M. avait survécu avec seulement quelques blessures légères, mais les deux amis qui étaient dans la voiture avec lui étaient morts sur le coup dans la collision.

M. arrive en thérapie et se plaint de flash-back continuels des moments qui ont suivi le choc: la voiture sur le toit dans le fossé, le corps sans vie de l'un de ses deux amis coincé à l'intérieur du véhicule, la difficulté des pompiers pour l'extraire des tôles.

Le jeune homme déclare qu'il n'a plus réussi à conduire une voiture depuis le jour de ce tragique accident, pas tant à cause de la peur d'être impli-

qué dans un autre accident que de la terreur de revivre les images de l'événement passé.

Chaque fois qu'il s'approche du volant d'une voiture, en effet, il est immédiatement assailli par les images des tôles tordues de son véhicule, il revit la sensation physique d'être coincé à l'intérieur de l'habitacle avec l'airbag explosé, il imagine le corps mutilé de l'ami assis à côté de lui.

M. transpire abondamment alors qu'il raconte ce jour tragique au thérapeute; son visage est rouge, il peine à contenir son anxiété. Le récit est entrecoupé de continuels commentaires tels que : « Je sais que ce n'est pas de ma faute », « je n'aurais pas pu faire autrement », comme si le jeune homme cherchait sans cesse une réassurance qui ne parvenait jamais à le convaincre complètement.

Il explique au thérapeute qu'il éprouve le besoin constant de parler de l'accident et de se faire rassurer par ses proches sur le fait qu'il n'a pas été coupable du désastre. Presque tous les jours, il rencontre des amis et des membres de sa famille pour revenir ensemble sur la dynamique de l'accident telle qu'elle a été transcrite dans le procès-verbal de la police ; mais bien que tous continuent à le rassurer en lui disant qu'il n'a pas été responsable de ce qui s'est passé, il se sent de plus en plus anxieux et a par conséquent besoin d'être à nouveau rassuré. Même le fait que les familles des amis décédés ne l'aient pas jugé coupable et lui aient au contraire témoigné de nombreuses fois leur affection ne semble pas avoir ébranlé le besoin de M. de parler de l'accident.

Dans le cas de ce patient, en plus du mécanisme habituel consistant à tenter d'oublier l'événement traumatique (et qui ainsi le maintient de manière toujours plus vivace dans le présent), nous trouvons deux autres « stratégies » de gestion de la situation: l'évitement de la conduite (et des voitures en général) et le besoin continu de parler de ce qui s'est passé dans l'idée que cela puisse apaiser les effets anxiogènes.

Comme le travail de recherche empirique sur les troubles phobico-obsessionnels mené par le CTS d'Arezzo et ses centres affiliés le montre depuis maintenant presque trente ans, l'évitement et le besoin de parler des peurs sont deux « tentatives de solution » typiques présentes dans la plus grande partie des troubles phobiques, qui contribuent à la structuration et à l'aggravation de ce type de problème (Nardone, 1996, 2003, 2016a; Nardone,

Portelli, 2012; Nardone, Watzlawick, 1993). Éviter ce que l'on craint ne fait que confirmer à la personne la réelle dangerosité de la situation évitée et sa propre incapacité à l'affronter, ce qui alimente ainsi encore davantage ses angoisses et déclenche une chaîne progressive d'évitements de plus en plus généralisés. De la même façon, le fait de continuer à parler de ce qui génère de l'anxiété et la constante recherche de réassurance finissent par amplifier encore l'anxiété et le besoin de se faire rassurer, et contribuent à la progressive mais inexorable aggravation du trouble.

Grâce aux connaissances opératoires, fruit du travail de recherche réalisé pour la mise au point des protocoles de traitement des troubles phobiques, à la fin de la première séance le thérapeute propose à M. trois prescriptions visant à débloquer les trois différents mécanismes qui maintiennent le problème: le *roman du trauma*, la *conspiration du silence* et la question « *comment aggraver* ».

Le thérapeute explique à M. que la première tâche sera quelque chose de véritablement douloureux et pénible, mais qu'elle est essentielle pour l'aider à se libérer de tous ces souvenirs et des sensations qui le tourmentent. Le jeune homme répond qu'il est prêt à faire n'importe quoi pour sortir de ce qu'il appelle « une vie qui n'en est plus une ». Il est donc invité à consacrer chaque jour un moment pour mettre par écrit toutes les images et sensations qui l'envahissent, en insistant le plus possible sur les détails les plus horribles de l'accident et sur tous les sentiments de culpabilité qui le tourmentent.

En même temps, à partir de ce moment, le jeune homme devra s'engager à éviter de parler de l'accident et du trauma, puisque chaque fois qu'il en parle et que les autres tentent de le rassurer ou de le réconforter, il ne fait rien d'autre que d'augmenter son incapacité à surmonter l'événement passé et de le maintenir toujours plus vif dans le présent. Parler de ce qui s'est passé équivaut en effet à arroser une plante - l'anxiété et la douleur liées au traumatisme - avec un fertilisant spécial. Le jeune homme devra par conséquent déclarer à toutes les personnes qui l'entourent qu'à partir de maintenant il faudra appliquer une véritable « conspiration du silence » concernant ce terrible accident. Il aura quoi qu'il en soit le roman du trauma à sa disposition pour écrire et raconter tout ce qu'il devra éviter de dire.

La *conspiration du silence* est l'une des prescriptions les plus utilisées dans le domaine des troubles phobiques, parce qu'elle agit sur l'une des tendances les plus communes et les plus utilisées - à mauvais escient - par les personnes souffrant de ce type de problème: parler continuellement de leurs peurs. Mais d'un autre côté, le bon sens soutient que parler de ce qui nous fait peur ou qui nous tourmente ne peut que nous aider (« épanche-toi, ça passera »). En réalité, comme la recherche empirico-expérimentale (Nardone, 1996, 2003, 2016a) l'a montré à de nombreuses reprises, le fait de partager de manière interactive ses angoisses et ses peurs représente au contraire un amplificateur considérable de ce qu'il faudrait au contraire réduire, et finit par compliquer ultérieurement le trouble phobique.

La dernière prescription qui est donnée dans ce cas est une question dont la formulation est paradoxale: *comment aggraver*. On demande au jeune homme de se poser chaque jour la question suivante: « Si je voulais de manière absurde m'efforcer volontairement et délibérément non pas d'améliorer ma situation mais de l'*aggraver* davantage, que devrais-je faire ou ne pas faire? Que devrais-je penser ou ne pas penser si, de manière absurde, je voulais volontairement tout faire pour empirer? »

Le thérapeute ajoute ensuite qu'il est important que le patient évite de mettre en pratique les réponses qu'il trouvera: il devra simplement les noter et les amener à la prochaine séance (Nardone, Mariotti, Milanese, Fiorenza, 2000; Milanese, Mordazzi, 2007; Nardone, 2008).

À la deuxième séance, le patient est plus souriant et plus expansif. Il raconte tout d'abord l'effet ressenti en exécutant la tâche la plus douloureuse, à savoir le roman du trauma, qu'il décrit comme une expérience multiforme qui a évolué au fil des jours.

Il rapporte que les sensations qu'il a vécues en écrivant les premiers jours étaient celles d'une douleur et d'une peur intenses; comme si le fait de s'immerger à nouveau dans les souvenirs revenait à entrer dans un tunnel sans issue. Peu à peu, cependant, avec la répétition quotidienne du récit, ces sensations avaient commencé à devenir de plus en plus floues et M. avait commencé à sentir qu'il prenait petit à petit des distances par rapport à l'accident. Plus il entrait dans les détails de la narration plus, disait-il, il voyait l'expérience traumatique comme s'il s'agissait d'une sorte de film, quelque chose dont il connaissait clairement la trame et le déroulement mais qui

n'était plus à même de susciter les terribles sensations qui envahissaient habituellement son quotidien.

Les doutes concernant la dynamique de l'accident avaient disparu, le sentiment de culpabilité avait cédé face à la clarté de la narration d'un événement dans lequel le protagoniste sentait bien qu'il n'avait joué aucun rôle actif. Le jeune homme affirme se sentir « plus léger », comme libéré d'un fardeau qui alourdissait la vie et, pour la première fois après l'accident, il déclare qu'il recommence lentement à envisager l'idée de conduire une voiture comme quelque chose de désirable (les automobiles avaient toujours été sa passion) et non plus comme une source d'angoisse et de terreur. Les images de l'accident une fois archivées, la voiture se libère progressivement de toutes les sensations négatives dont l'événement l'avait chargée. Souvent, les peurs générées suite à un traumatisme disparaissent au fur et à mesure que le souvenir se trouve privé de toutes les terribles sensations et émotions qui l'accompagnent. D'autres fois, en revanche (comme nous le verrons plus loin), certaines peurs demeurent malgré la relocalisation temporelle de l'événement, et le thérapeute devra intervenir en suivant les lignes directrices du protocole pour les troubles phobiques.

Le fait d'avoir cessé de parler de l'accident avait considérablement contribué à lui faire prendre des distances avec ce qui s'était passé, ce qui lui avait permis de rétablir avec les autres un contact non plus basé sur le besoin constant d'être rassuré mais sur le partage de la réalité quotidienne. En parallèle, se poser tous les jours la question « comment aggraver » avait permis à M. de réorienter son attention sur le présent, sur l'« ici et maintenant » de sa vie, car cette réflexion avait introduit de manière indirecte et évocatrice l'importance de se refocaliser sur une temporalité différente de celle du passé, sur laquelle il avait axé sa vie.

En répondant à cette question, le jeune homme avait découvert que ce qu'il aurait dû faire pour aller plus mal était en réalité ce qu'il faisait déjà dans la tentative d'aller mieux: continuer à se faire rassurer, éviter de s'approcher du lieu de l'accident et, surtout, éviter de conduire une voiture, en association avec une quantité d'autres petits évitements d'importance mineure.

Dans le prolongement du stratagème « si tu veux redresser quelque chose, tu dois d'abord apprendre comment le tordre davantage » (Nardone, 2008), M. avait donc spontanément commencé à casser de petits évitements: il

avait accepté de monter en voiture avec d'autres personnes pour de longs trajets, et même de rentrer la voiture au garage.

Grâce à cette prescription, le jeune homme avait réalisé tout seul que les modalités avec lesquelles il tentait de gérer sa situation étaient en réalité réellement dysfonctionnelles, sans que ce soit le thérapeute qui le lui suggère. Cela lui avait permis de vivre une « expérience émotionnelle correctrice » supplémentaire qui avait contribué, avec l'effet combiné des deux autres manœuvres, à créer le déblocage du problème entre la première et la deuxième séance.

Le jeune homme devra continuer à écrire le roman du trauma, mais seulement au cas où certains souvenirs affleuraient à nouveau spontanément dans son présent, pour ainsi continuer l'œuvre d'archivage du trauma; dans le cas contraire, il devra éviter d'écrire. Le thérapeute décide ensuite de commencer à travailler avec une prescription *orientée solution* (De Shazer, 2009a, 2009b), c'est-à-dire en utilisant la logique de la croyance (Nardone, 2012) pour conduire M. à augmenter de plus en plus les changements positifs qu'il a déjà commencé à manifester.

La manœuvre employée est la suivante: « Je voudrais que tous les matins, pendant que tu te prépares à aborder ta journée, tu te demandes: 'Comment me comporterais-je aujourd'hui, différemment de la manière dont je me comporte d'habitude, si j'avais déjà complètement surmonté ce qui s'est passé?' Et parmi toutes les choses qui te viennent à l'esprit, choisis la chose la plus petite mais concrète *comme si*, et mets-la en pratique au cours de la journée. Chaque jour, tu devras renouveler cette question et mettre en pratique une petite chose différente, *comme si* tu avais déjà surmonté ce qui s'est passé. »

Cette prescription, elle aussi fruit de dizaines d'années d'expérience clinico-expérimentale dans le domaine stratégique (Nardone, Portelli, 2012), s'avère extrêmement efficace pour accroître de manière subtile mais inexorable les changements positifs que les patients commencent à montrer une fois que s'est produit le déblocage des symptômes les plus invalidants.

À la troisième séance, le thérapeute se trouve effectivement face à un jeune homme complètement différent: son apparence est beaucoup plus soignée, il rit et raconte toutes les choses qu'il a réussi à réaliser à la suite de l'indication du « comme si ».

Les premiers jours, il avait commencé à modifier son comportement de manière minime mais significative. Il s'était mis à faire seul de petites choses qu'il ne faisait pas auparavant à cause de la peur, il avait accepté d'écouter à nouveau le téléjournal (qu'avant il évitait de peur d'entendre parler d'accidents), il était aussi retourné dans des lieux qu'il refusait de fréquenter et, surtout, il avait recommencé à conduire sur de petits trajets en ville. Les souvenirs de l'accident ne s'étaient représentés qu'à deux reprises en quinze jours et ils avaient été ponctuellement archivés sur les feuilles d'un bloc-notes que M. portait toujours sur lui.

En faisant changer une fois par jour l'attitude de M. à l'occasion d'une petite situation, l'indication du *comme si* avait déclenché un puissant processus de changement, basé sur la logique déjà mentionnée de la « prophétie auto-réalisatrice » (Watzlawick, 1988, 2007). Ce processus, analogue à celui décrit par René Thom (2010) dans sa théorie des catastrophes, est aussi appelé « effet papillon » : un seul battement d'aile d'un papillon à un instant précis dans un lieu précis peut donner lieu à une série de réactions en chaîne qui peuvent culminer en un ouragan. La manœuvre du *comme si* n'avait pas seulement fait démarrer une série de changements et d'expériences concrètes de dépassement du problème, mais elle avait aussi créé chez M. la conscience de s'être construit tout seul sa propre solution, qui n'avait pas été suggérée par le thérapeute en termes de contenu mais seulement de processus.

Lors des séances suivantes, le thérapeute a augmenté la prescription des petites choses *comme si* à deux puis à trois, jusqu'à ce que M. déclare qu'il se comportait désormais toute la journée *comme si* le problème avait été complètement surmonté. L'introduction quotidienne de petites actions *comme si* cette réalité était vraie avait donc fini par produire la réalité prophétisée : la réalité inventée, d'après l'antique stratagème chinois *créer à partir de rien*, avait produit des effets concrets.

Après cinq séances, M. affirmait avoir pleinement retrouvé sa vie, il conduisait depuis un mois sa voiture même sur l'autoroute et avait le sentiment que l'événement tragique appartenait désormais à son passé.

Catastrophes

Cas 3. Le 11 septembre... même de retour en Italie

Il y a des événements auxquels nous n'avons pas assisté personnellement mais dont nous avons pu voir et suivre les images à la télévision, et qui nous ont laissé des souvenirs indélébiles. L'un de ceux-ci est marqué par une date qui demeurera peut-être dans la mémoire de tous comme dans l'histoire: le 11 septembre 2001.

P. a vingt-six ans et arrive au Centre en février 2002, après six mois de stage dans un célèbre cabinet d'avocats newyorkais. Elle se trouvait à quelques mètres des tours jumelles en ce jour qui, tout au moins pour une bonne partie du monde, ressembla à la veille de l'Apocalypse. Elle se présente dans notre cabinet accompagnée de ses parents, extrêmement préoccupés par les symptômes qu'elle présente depuis son retour en Italie.

La jeune femme était à son bureau quand « un missile frappa l'une des deux tours », et c'est justement de ce « missile » que P. rêve quasiment chaque nuit et voit chaque fois qu'elle ferme les yeux. « Un missile qui, subitement, explose et se transforme en feu, libérant un nuage noir qui enveloppe tout et ne permet plus de comprendre ce qui se passe ». Pour cette raison, c'est-à-dire de peur de le revoir, elle ne monte pas plus haut que le troisième étage, ne prend plus l'ascenseur (tout comme elle l'a fait ce matin-là pour échapper à l'enfer), ne regarde plus par la fenêtre, ne marche plus seule dans la rue (la fuite au milieu du chaos est une des choses qu'elle se rappelle le mieux de cette matinée-là) et ne regarde plus la télévision (de peur de voir des bombes, des explosions ou d'autres images susceptibles d'être associées à l'événement).

Les images qu'elle a vues ensuite à la télévision (« la fumée, les gens désespérés qui se jettent par les fenêtres, le feu, tout qui s'écroule ») et qu'elle croyait, sur le moment, avoir élaborées et « digérées » se déploient avec une clarté brutale sous ses yeux et ne la laissent plus en paix depuis son retour en Italie. La jeune femme rapporte avoir tenté de trouver un peu de tranquillité à son retour en restant enfermée chez elle, mais c'est justement chez elle qu'elle avait rencontré les plus grandes difficultés et qu'elle avait recommencé à penser à cet événement catastrophique. C'est ainsi qu'étaient

survenus de fréquents épisodes de panique - pointe de l'iceberg d'un état d'agitation continu - accompagnés d'images récurrentes concernant des situations qu'elle avait vues personnellement ou dans les médias les jours suivants.

Les attaques de panique qui suivent un TSPT arrivent à l'improviste, accompagnées le plus souvent d'images et de souvenirs de l'événement, et sont le résultat d'un état de vigilance très élevé qui s'est accumulé durant toute la journée. Comme toutes les attaques de panique, elles arrivent aussi au moment où la personne s'y attend le moins, et la submergent de terreur et de sentiment d'impuissance. Les images (flash-back) qui les accompagnent rendent ce type d'attaques encore plus terribles et effrayantes. Si le trouble d'attaque de panique est en effet décrit par ceux qui l'ont vécu comme l'une des expériences les plus terrifiantes, nous pouvons imaginer ce qu'il peut devenir lorsqu'il s'unit aux souvenirs vivaces d'une expérience traumatique.

« J'évite de faire quoi que ce soit qui puisse me rappeler ce jour, mais ça ne suffit pas... si elles n'arrivent pas pendant la journée, elles le font pendant la nuit! Ainsi, j'ai même peur de m'endormir » affirme P. lorsqu'on lui demande comment elle tente d'aborder le problème. Comme nous l'avons déjà montré, l'une des réactions « humaines et naturelles » les plus typiques et redondantes - mais dysfonctionnelles - d'une personne ayant subi un traumatisme est l'évitement de toutes les situations pouvant, de près ou de loin, lui rappeler l'événement traumatique. Pour paraphraser le Dalaï Lama, « quand tu t'es fait mordre par un serpent, tu fais même attention à un rouleau de corde ».

Au terme de la première séance, on lui donne donc les premières prescriptions typiques pour ce type de problème: le *roman du trauma*, la question *comment aggraver* et le *carnet de bord*⁹. Cette dernière manœuvre, mise au point initialement à l'intérieur du protocole d'intervention pour le trouble

9 La prescription du *carnet de bord* nécessite que le patient note ses attaques de panique en suivant des catégories fixes données par le thérapeute au moment même où elles arrivent. Le fait d'être occupé, au début d'un moment critique, à la compilation fastidieuse et un peu embarrassante du carnet de bord permet à la personne de déplacer son attention de l'écoute de soi et de son anxiété montante à l'exécution de la tâche. Cette prescription permet ainsi soit de faire découvrir à la personne qu'elle est capable de gérer ses attaques de panique de manière efficace, soit d'inhiber carrément leur survenue.

panique, a pour but d'aider la patiente à déplacer son attention durant les fréquentes crises d'angoisse qui la paralysent depuis quelques mois, c'est-à-dire, selon un antique stratagème chinois, à lui faire *sillonner la mer à l'insu du ciel* (Nardone, 2008).

La jeune femme, ainsi que ses parents, expriment leur préoccupation et leur perplexité devant l'indication de reparcourir par écrit, chaque jour, les images de ce cauchemar diurne et nocturne, mais ils prennent congé apparemment plus soulagés. C'est véritablement en de telles circonstances que l'on voit à quel point il est important que le thérapeute ait su transmettre au patient qu'il a non seulement compris son problème à un niveau technique, mais qu'il a aussi compris son état émotionnel. C'est seulement cela qui lui permettra d'amener le patient à suivre une prescription apparemment effrayante et douloureuse.

Au deuxième rendez-vous, P. confie ses écrits au thérapeute et lui annonce avec bonheur qu'elle n'a plus eu de cauchemars pendant la nuit. Il n'est pas étonnant que la manœuvre du *roman du trauma* soit utilisée avec succès dans tous les cas de cauchemars récurrents non connectés à un traumatisme spécifique (et qui sont donc différents du cas que nous sommes en train de traiter), tant chez les adultes que chez les enfants. En effet, la transcription répétée du cauchemar nocturne durant la journée réduit petit à petit l'état de vigilance que les sujets victimes de cauchemars développent habituellement à l'idée de devoir aller dormir. De plus, cette prescription, qui exploite la logique selon laquelle « passer à travers » est le seul moyen de laisser quelque chose derrière soi, fait en sorte que le rêve terrifiant, écrit et réécrit, perd progressivement sa valeur effrayante, et pour cette raison ne se représente plus durant la nuit.

« Pendant la journée aussi je suis mieux, les images ne viennent que de temps en temps, mais je n'arrive tout de même pas à faire autrement que de rester chez moi » affirme la patiente, à la fois contente et désolée.

Le thérapeute lui demande alors de lui montrer les réponses qu'elle a trouvées à la question de savoir comment aggraver la situation et P., avec une grande lucidité, répond qu'elle a compris que le fait de rester enfermée chez elle et d'éviter de faire tout ce qui pourrait, du moins selon ses craintes, lui rappeler l'événement, ne pourra que l'aggraver. Mais comme c'est souvent le cas, cette conscience ne suffit pas à l'aider à affronter la peur.

Il reste effectivement chez la patiente une forte crainte de pouvoir être prise par d'intenses crises d'angoisse qui, bien qu'elles ne soient plus accompagnées par les images terrifiantes de cette journée, continuent tout de même à la maintenir dans un état de vigilance constant. Une fois qu'on a « lâché » la peur des souvenirs du passé, celle-ci peut persister en tant que peur anticipatoire du futur qui bloque et paralyse, et qu'il faut, comme telle, affronter avec des manœuvres différentes.

Grâce au travail évolutif de recherche empirique sur les troubles phobiques au Centre de Thérapie Stratégique, le thérapeute peut à ce stade avancer avec une autre prescription: *le fantasme du pire*, fondamentale pour travailler sur les aspects plus strictement phobiques du problème du patient (Nardone, 1996, 2003, 2016a; Nardone, Portelli, 2012; Nardone, Watzlawick, 1993).

Il s'agit d'une manœuvre paradoxale dans laquelle on demande à la personne de se prescrire volontairement, chaque jour, ses symptômes les plus redoutés, en entrant délibérément dans ses pires fantasmes à l'intérieur d'un rituel comportemental précis et formalisé. Cette manœuvre doit être formulée comme suit:

« Nous voudrions que chaque jour, à partir de maintenant jusqu'à ce que nous nous revoyons, avant ou après le repas de midi, vous preniez une demi-heure pour exécuter une tâche. Nous voudrions que vous vous installiez confortablement dans une pièce où personne ne vous dérangera, que vous preniez un réveil et que vous le régliez pour qu'il sonne une demi-heure plus tard. Et pendant cette demi-heure, vous devrez vous efforcer d'évoquer volontairement et délibérément les pires imaginations en lien avec vos peurs. Pendant toute cette demi-heure, vous devez essayer d'être le plus mal possible en vous forçant à imaginer concrètement toutes les situations qui sont pour vous les plus anxiogènes. Quand le réveil sonne - STOP -, tout est fini. Vous rangez le réveil et vous retournez à votre journée habituelle. »

La prescription du fantasme du pire induit généralement deux types d'effet: certaines personnes, bien qu'elles essaient d'entrer dans la situation, n'arrivent pas à éprouver quoi que ce soit dès le début. Ce sont les cas dans lesquels, pendant qu'elle exécute la tâche, la personne se distrait, s'endort ou finit même par trouver des solutions potentiellement efficaces à ce qui auparavant lui semblait être un problème sans issue. Dans un moindre pour-

centage de cas, lorsqu'elles essaient d'invoquer leurs propres « fantômes », les personnes parviennent effectivement à vivre toutes leurs peurs mais, une fois passés les premiers jours, elles découvrent progressivement qu'elles n'arrivent plus à se sentir mal et que ce qui leur semblait auparavant inéluctable et par conséquent effrayant leur semble de plus en plus improbable et donc moins redoutable.

Dans les deux cas, cependant, la plus grande partie des patients rapporte n'avoir pas eu de moments de crise au cours de la journée, mis à part quelques épisodes anxieux sporadiques facilement gérables, et qu'ils ont ainsi réussi à faire des choses qu'ils n'arrivaient plus à affronter depuis longtemps.

Cette « tâche », qui fonctionne selon la logique du stratagème chinois *éteindre le feu en ajoutant du bois* (Nardone, 2008), met le patient dans la condition de découvrir qu'il est impossible de provoquer volontairement un symptôme spontané tel que l'anxiété. En effet, même les sujets qui parviennent initialement à susciter chez eux une sensation de mal-être et de peur font ensuite l'expérience de « ne pas réussir à se sentir mal » délibérément (expérience fondamentale pour tous ceux qui fuient devant la peur). La peur ne fait par conséquent plus peur; le symptôme effrayant parce que hors du contrôle du patient, devient sous son contrôle justement parce qu'il est invoqué et annulé. Les idées et les pensées si redoutées car continuellement chassées et évitées ne sont plus source d'anxiété ou de panique.

Grâce à cette prescription, la personne apprend non seulement à évoquer volontairement les fantômes de ses propres peurs, mais surtout elle apprend à aller à leur rencontre, à les toucher et à les faire s'évanouir. En exploitant une logique paradoxale (le paradoxe *sois spontané*¹⁰), la peur n'est pas effacée mais utilisée en direction du changement jusqu'à se transformer progressivement en courage.

Dans ce cas aussi, le système démarre lentement, accélère jusqu'à arriver au *saltus* perceptuel: une fois encore, l'effet « boule de neige qui devient une avalanche » a conduit à une nouvelle perception de la réalité.

¹⁰ Le paradoxe *sois spontané* est un des paradoxes les plus connus de la tradition stratégique (Watzlawick, Beavin, Jackson, 1972; Watzlawick, Weakland, Fisch, 1975). L'injonction est paradoxale parce qu'elle prescrit d'être spontané sur commande. Essayer volontairement d'être spontané empêche la spontanéité de s'exprimer, et finit par l'inhiber complètement.

P. se présente au troisième rendez-vous extrêmement soulagée; elle affirme n'avoir plus eu besoin d'écrire des lettres sur les mauvais souvenirs et dit que les symptômes anxieux ne se sont plus représentés. Dans le cas spécifique du protocole du TSPT, la situation du patient a maintenant évolué: les souvenirs ne suscitent plus de réactions de terreur mais une saine sensation de douleur désormais élaborée et qui n'est plus à même de provoquer des réactions physiologiques hors du contrôle du patient. Les souvenirs n'envahissent plus constamment le présent comme une vague qui l'inonde et le submerge, mais ils peuvent se représenter occasionnellement, bien moins chargés de connotations émotionnelles. Le roman du trauma est donc maintenu comme manœuvre utilisable au besoin, de manière à reléguer toujours davantage le passé dans le passé chaque fois qu'il se représenterait. Le tout jusqu'à ce que les souvenirs soient vécus comme quelque chose qui appartient exclusivement au passé du sujet, et le présent comme quelque chose qui peut finalement être expérimenté librement, en regardant le futur comme quelque chose d'envisageable.

En ce qui concerne la manœuvre du fantasme du pire, le simple fait de se prescrire ce rituel pendant quatre jours et d'en expérimenter rapidement l'effet paradoxal (pour citer la patiente: « Je n'ai jamais réussi à me sentir mal, au contraire, après quelques jours je me suis carrément relaxée ») lui a permis de recommencer spontanément à sortir de chez elle, de regarder la télévision (mais pas encore le téléjournal), de conduire sa voiture, même pour de courts trajets, et d'aller sur le balcon, chose qu'elle ne faisait plus depuis plusieurs mois.

L'effet le plus fréquent de cette prescription, en particulier quand on l'utilise pour des crises d'angoisse, est véritablement une réduction des épisodes eux-mêmes, sinon leur totale disparition. La vigilance du patient, que la peur de pouvoir se sentir mal maintient constamment élevée, s'abaisse grâce à la tentative de provoquer le « mal » volontairement, avec un effet « calmant » bénéfique qui se propage durant le reste de la journée.

La redéfinition de cette manœuvre est d'une importance fondamentale pour l'issue et la suite de la thérapie: la patiente n'ayant jamais réussi à se sentir mal, on souligne que le problème peut être annulé en le provoquant volontairement; en montrant que plus on chasse la peur, plus elle nous per-

sécute et nous semble insupportable; plus on la poursuit, plus elle devient petite jusqu'à disparaître.

De plus, grâce à cette manœuvre ajustée avec une précision chirurgicale aux modalités de persistance des anxiétés phobiques, l'équilibre dysfonctionnel perpétué par l'évitement est progressivement remplacé par un équilibre plus fonctionnel, qui devra à présent être maintenu pour pouvoir donner vie à une saine spontanéité retrouvée (dans ce cas, recommencer à faire toutes les choses que la patiente avait cessé de faire de peur d'éprouver de l'anxiété et de la panique). En effet, si ce nouvel équilibre n'est pas consolidé, il risque de se briser à la première difficulté rencontrée (comme par exemple si elle se retrouvait face à une image « critique »), ce qui renverrait la personne à l'ancien équilibre dysfonctionnel.

Dans ce but, le thérapeute poursuit (comme prévu) avec la prescription des *cinq minutes du fantasme du pire toutes les trois heures*: selon un horaire fixé à l'avance (à 9h, midi, 15h, 18h et 21h), la patiente devra essayer de se provoquer les symptômes sans interrompre les activités qu'elle est en train de faire. Il s'agit d'une sorte d'« entraînement » qui, du point de vue de l'apprentissage, lui permettra d'accroître son expérience par le fait que la peur peut diminuer lorsqu'on cherche à l'augmenter volontairement, et pas seulement dans une situation « protégée » d'une demi-heure enfermée dans une pièce mais où qu'elle se trouve et avec qui qu'elle soit, sans besoin de s'isoler ni d'interrompre ses activités quotidiennes.

Parvenus à ce stade où la patiente s'est débloquée sur les deux niveaux du problème, on continue en travaillant orienté solution. On lui demande ainsi de se poser tous les soirs une question: « Que ferais-je demain de différent par rapport à ce que je fais d'habitude si je n'avais absolument plus peur? » et parmi toutes les choses qui lui viennent à l'esprit, elle en mettra une en pratique, la plus petite, chaque jour. Cette manœuvre, appelée *comme si*, déjà exposée précédemment, est dans ce cas prescrite le soir plutôt que le matin, pour faire en sorte que la jeune femme commence à programmer sa journée du lendemain déjà la veille au soir, en réorientant sa perception de la réalité vers un futur proche plus fonctionnel et adapté à ses nouveaux besoins.

P. revient au rendez-vous suivant un mois plus tard, contente de rapporter tous les progrès réalisés durant ces trente jours. Elle raconte qu'elle a

recommencé à faire pratiquement tout (elle admet n'avoir pas eu l'occasion de monter à des étages très élevés et ne sait pas si elle serait capable de le faire), mais surtout qu'elle a trouvé un emploi dans une étude d'avocats et qu'elle a l'intention de recommencer à travailler le plus tôt possible. Deux mois et demi seulement après le début de la thérapie, elle affirme qu'elle a la sensation d'avoir repris le contrôle de sa vie, de posséder un outil efficace pour gérer les moments de peur de manière à ne pas se sentir ébranlée et en perte de contrôle.

L'entraînement quotidien des cinq minutes toutes les trois heures est remplacé par cinq minutes au besoin: elle apprendra à utiliser la technique uniquement si l'anxiété ou la peur devaient se présenter. En prescrivant les cinq minutes du fantasme du pire au besoin, la patiente apprend à *toucher le fantôme au moment où il apparaît pour le faire disparaître immédiatement*, c'est-à-dire à exploiter l'effet paradoxal du fantasme du pire au moment de l'émergence de l'anxiété.

P. est donc en possession d'un instrument qui lui permet de se sentir capable d'affronter ses moments d'anxiété qui, justement grâce à cela, ne sont plus perçus comme dangereux. Les contenus mêmes de la peur sont par ailleurs perçus comme quelque chose qu'elle peut affronter et n'ont plus de charge émotionnelle à même de la bloquer dans ce qu'elle souhaite faire.

Le thérapeute suivra cette patiente sur trois ou quatre autres rendez-vous, toujours plus espacés dans le temps, jusqu'aux séances de suivi habituelles qui garantiront le maintien des résultats atteints dans la durée. Si l'on considère les nouvelles que les médias relaient quotidiennement, nous pouvons être certains que P. a eu maintes fois l'occasion de se confronter à ses peurs!

Cas 4. « Il m'a suffi d'imaginer que c'était vrai »: le tsunami vu à la télévision

M. est une dame de soixante ans, mariée, avec un fils d'une trentaine d'années; elle s'est toujours occupée de la maison et de la famille avec la satisfaction d'être une épouse et une mère. Elle arrive en thérapie au CTS au printemps 2005, suite à un événement dont elle dit qu'il a « complètement bouleversé sa vie ».

En décembre 2004, son fils était parti deux semaines aux Maldives, pour son voyage de noces programmé depuis longtemps et qui avait été, comme c'est souvent la coutume, le cadeau de mariage offert par les parents et les amis.

Malheureusement, le 26 décembre de cette même année, les côtes des Maldives avaient été frappées par le terrible tsunami dont la vague avait même ébranlé ceux qui, tranquillement installés devant leur poste de télévision, regardaient les images dramatiques du désastre.

Le tsunami, terme alors inconnu de la plupart, est depuis ce moment entré dans notre vocabulaire. On a su par la suite que le bilan s'élevait à des dizaines de morts sur les splendides plages des Maldives.

La dame raconte en pleurant au thérapeute qu'elle avait réalisé, alors qu'elle égouttait les pâtes, que ces morceaux décousus de films d'une mer en folie concernaient justement les îles où se trouvait son fils. Elle avait laissé tomber la casserole et s'était arrêtée, pétrifiée, devant l'écran, tandis que le présentateur du téléjournal faisait état d'un bulletin de morts et de disparus de plus en plus dramatique.

Son fils et sa belle-fille étaient partis depuis cinq jours déjà et, après avoir envoyé un sms pour annoncer qu'ils étaient bien arrivés dans ce qu'ils décrivaient comme un « paradis terrestre », ils n'avaient plus donné de nouvelles. Ils avaient choisi un très bel hôtel sur la plage, dont ils avaient montré les photos aux parents peu avant de partir.

M. raconte que dans un premier temps elle s'était sentie en état de choc, comme si elle n'avait pas encore réalisé pleinement l'aspect terrifiant de ce qui se passait. Puis, des images de son fils mort noyé et écrasé sous les décombres des immeubles avaient commencé à affoler son esprit, et elle s'était sentie emportée par une énorme vague d'anxiété qui lui avait provoqué une forte attaque de panique. M. était convaincue que son fils et sa belle-fille avaient été victimes du tsunami et elle n'arrivait pas à se calmer, malgré les efforts que son mari déployait pour la tranquilliser tout en essayant de se mettre en contact avec leur fils.

Son téléphone portable ne répondait pas, ce qui ne faisait que valider davantage l'horrible hypothèse que M. vivait: son fils était mort, et il était certainement l'un de ces pauvres corps meurtris montrés à la télévision. Ils ne le reverraient plus vivant.

Mais quelques heures plus tard, ils recevaient un appel téléphonique de leur fils: sa femme et lui-même allaient bien, en sécurité dans l'arrière-pays de l'île en compagnie d'autres touristes européens.

Naturellement accueillie comme la libération d'une angoisse insoutenable, la nouvelle ne tranquillisa pas complètement la dame.

Le traumatisme qu'elle avait vécu devant ces images télévisées en imaginant son fils emporté par une vague gigantesque semblait avoir laissé en elle une profonde empreinte. Elle ne parvint pas à dormir cette nuit-là et continua à éprouver une forte angoisse les jours suivants. Tout son entourage était convaincu que cette anxiété disparaîtrait quand le jeune couple rentrerait en Italie, mais ce ne fut malheureusement pas le cas.

Même après que la routine familiale quotidienne eut repris, la dame se sentait souvent envahie par ces images: des vagues gigantesques brisant des bâtiments comme s'ils étaient en papier, des gens qui tentaient d'échapper à une mer qui avançait impitoyablement et, surtout, l'image de son fils défiguré, mort noyé exactement comme elle se l'était imaginé lors de ce terrible jour de la Saint Stéphane. Et bien que la dame s'efforçât de se libérer l'esprit de ces images qui n'avaient désormais plus de raison d'être puisque tout s'était terminé au mieux pour sa famille, elles continuaient à la submerger comme un véritable « tsunami émotionnel ».

Les flash-back s'accompagnaient aussi d'un état de tension et d'anxiété continu qui lui permettait difficilement de se reposer et de s'adonner à ses activités quotidiennes.

Nous sommes donc devant un trouble de stress post-traumatique dans lequel la personne n'a pas vécu la catastrophe naturelle de manière *directe*, mais y a simplement assisté à travers une retransmission télévisée en éprouvant l'horreur et la terreur que son fils unique se trouve au milieu de cet enfer.

Quand ces images lui venaient à l'esprit et comme elle ne parvenait pas à les en chasser, M. n'avait qu'un moyen pour se tranquilliser: téléphoner à son fils et se faire rassurer sur le fait qu'il allait bien. La dame se rendait compte que ces images étaient anachroniques et que, dans un certain sens, elle aurait dû être soulagée qu'il ait échappé au danger mais, comme il arrive toujours quand on souffre de ce trouble, la raison ne l'aidait pas à s'en libérer.

En proie à la forte anxiété que ces flash-back lui procuraient, elle finissait donc par téléphoner à son fils de plus en plus souvent dans la journée. S'il était prêt à répondre et à la rassurer, l'anxiété s'atténuait pendant un moment, pour ensuite remonter au retour des terribles images, qui générerait ainsi le besoin d'un nouvel appel téléphonique. Si elle n'obtenait pas de réponse rapidement, peut-être parce que son fils était indisponible ou que son téléphone portable était éteint, l'anxiété de la mère montait jusqu'au point de se transformer en une véritable attaque de panique.

M. décrit tout cela au thérapeute en pleurant et déclare, désespérée, qu'elle se sent stupide de vivre cela, de ne pas réussir à prendre de la distance avec quelque chose qui en réalité ne s'est finalement pas produit, et qu'elle se sent coupable de perturber la vie de son fils.

Avant tout, le thérapeute rassure la dame en lui affirmant que ce qu'elle est en train de vivre est tout sauf stupide, et qu'il s'agit de quelque chose qui peut arriver lorsqu'on a été soumis à un fort traumatisme comme celui qu'elle a vécu. Bien que dysfonctionnel, le fait qu'elle soit continuellement inquiète pour son fils n'est autre que la preuve qu'elle l'aime et qu'elle a été bouleversée à l'idée de pouvoir le perdre de manière si catastrophique.

À la fin de la séance, la dame semble déjà plus apaisée par la perspective que le thérapeute lui a donnée, et disponible pour collaborer afin de se libérer une fois pour toutes des images horribles qui la persécutent.

Le thérapeute lui demande donc de consacrer les deux prochaines semaines à la compilation du *roman du trauma*. Chaque jour, il lui faudra prendre un moment pour mettre par écrit non seulement le récit de ce qu'elle a vu à la télévision, mais aussi de tous les fantasmes épouvantables concernant la mort présumée de son fils et de toutes les images qui lui étaient venues à l'esprit. Elle devra raconter le tout à de nombreuses reprises et de la manière la plus détaillée possible, puis mettre tous ses écrits dans une enveloppe qu'elle remettra au thérapeute à la séance suivante. En parallèle, ce dernier amène la dame à comprendre que chaque fois qu'elle appelle son fils pour se faire rassurer, d'un côté cette demande fonctionne parfaitement pour calmer l'anxiété du moment mais, en même temps, le besoin d'une réassurance extérieure pour aller mieux ne fait que confirmer son incapacité à se rassurer toute seule, ce qui entraîne ainsi une aggravation progressive de ses anxiétés et de son incapacité. « Naturellement,

souligne le thérapeute, personne ne vous demande d'arrêter d'appeler votre fils, parce qu'en ce moment il est clair que vous n'êtes pas à même de le faire. Je vous demande seulement de penser que chaque fois que vous appelez votre fils pour qu'il vous rassure, en réalité vous ne faites qu'aggraver votre problème. »

Avec ce recadrage suggestif, fruit d'une longue expérimentation pour *mettre la peur contre la peur* (Nardone, 2003a), le thérapeute vise à amener la patiente à diminuer ses sollicitations à son fils mais sans le lui prescrire de manière directe: il induit simplement une perception différente qui l'oblige à prendre en considération les effets de ses propres actions.

M. arrive vraiment plus souriante à la deuxième séance et confie au thérapeute une liasse de lettres. Elle raconte qu'au cours de la première semaine elle avait ressenti une sorte de refus à l'idée de rédiger le roman du trauma. Au début, elle n'avait pas de papier pour écrire puis, bien que s'en étant procuré, elle n'avait pas « trouvé le temps » pour mettre en œuvre la prescription. Elle s'était tout de même un peu forcée pour diminuer les appels téléphoniques à son fils, même si ces derniers étaient restés assez fréquents durant la journée.

Pendant la deuxième semaine, en revanche, le fait de se sentir encore continuellement inondée par les images du tsunami l'avait conduite à tenter de mettre par écrit ce que le thérapeute lui avait demandé. Dès le premier jour, M. avait remarqué un effet libérateur: à la fin du récit, elle s'était sentie épuisée mais en même temps allégée de ses angoisses et de ses peurs. Cela l'avait convaincue de se dédier à la tâche avec constance, en acceptant de s'arrêter sur tous les détails de son fils mort et défiguré qui représentaient pour elles les images les plus terrifiantes et les plus angoissantes.

Une fois qu'elle eut mis aussi cela par écrit, M. s'était sentie réellement mieux, ses appels téléphoniques s'étaient considérablement réduits et elle avait même réussi à passer une journée entière sans avoir de nouvelles de son fils. À partir de la deuxième semaine, elle n'avait plus eu aucune réaction qu'elle aurait pu qualifier d'« attaque de panique »; et malgré le fait que son fils ne lui ait pas répondu immédiatement à quelques reprises, elle avait été capable de gérer l'attente avec une anxiété plus légère.

Le déblocage du problème de M. entre la première et la deuxième séance est une réponse que nous pouvons considérer comme « typique » quand

nous nous trouvons face à un trouble de stress post-traumatique pur. Dans ces cas, en effet, la compilation détaillée et répétée du roman du trauma est en soi suffisante pour réduire rapidement et définitivement tous les effets symptomatiques que le trauma comporte: cette technique, intégrée dans un protocole de traitement bien spécifique, représente la clé de voûte d'une intervention rapide et efficace sur le TSPT.

L'effet de déblocage des symptômes s'étant produit, amplifié par l'action conjointe du recadrage de la peur de se faire rassurer, la thérapie de M. a continué en maintenant le cap tracé par les deux prescriptions introduites à la première séance (le roman du trauma au besoin et la peur des réassurances) jusqu'à ce que la patiente parvienne à surmonter complètement l'événement traumatique.

Le cas de M. semble particulièrement significatif, parce qu'il montre qu'un événement qui ne s'est pas réellement produit mais qui a seulement été intensément imaginé peut représenter un véritable traumatisme et donner naissance à un problème envahissant et potentiellement invalidant: une confirmation supplémentaire du fait que toute perception ancrée, si elle est fondée sur une expérience émotionnelle très intense, peut fonctionner comme une réalité vécue.

Violences

Cas 5. Ne me laissez plus jamais seule: un cas de violences sexuelles

C. est une belle jeune femme de vingt et un ans, blonde plutôt discrète.

Elle arrive au Centre accompagnée de sa mère qui, à peine entrée dans le bureau, lui demande: « Puis-je te laisser seule au moins ici? » La jeune femme hoche la tête, s'assied et à la question du thérapeute qui lui demande quel est le problème qui l'amène en thérapie, elle répond: « ... Je ne peux plus rien faire toute seule. J'ai trop peur. »

À propos du fonctionnement de sa peur, la patiente raconte qu'elle se trouve dans cette situation depuis environ sept mois; en particulier depuis un soir, avant le dîner, où elle rentrait de son cours de gym. Elle avait pris

congé de ses amies et avait emprunté un passage sombre du centre historique de son village, où elle avait été agressée par un homme.

Elle dit qu'elle ne veut rien se rappeler de cet homme et qu'elle n'a plus envie de raconter quoi que ce soit de l'épisode en question. La mère intervient en rapportant quelques détails que sa fille lui avait racontés le soir même, comme celui d'avoir été poussée contre un mur, d'avoir subi une tentative de violence (qu'elle avait ensuite décidé de ne pas dénoncer de peur des répercussions) et d'avoir ensuite été frappée et laissée par terre.

Le thérapeute s'adresse doucement à la jeune femme en disant qu'il n'a aucun besoin de connaître les détails et qu'il ne veut pas la forcer à raconter quelque chose qu'elle tente assurément d'oublier de toutes ses forces. C'est devant une telle déclaration que C. lève la tête et, tout en pleurant, dit qu'elle est tourmentée par le souvenir « des mains de cet homme qui la touchent partout, de son odeur, de son haleine et des sensations de terreur qu'elle a éprouvées durant ce quart d'heure interminable »; elle rapporte aussi qu'elle est absolument incapable de sortir seule de chez elle, sans être accompagnée par quelqu'un - que le thérapeute appellera « son ange gardien ». Comme c'est souvent le cas, la capacité du thérapeute de faire sentir à la patiente, avec une économie de paroles, qu'il comprend et sent ce qui lui arrive, permet à la jeune femme de se laisser aller à ses émotions, et donc d'en parler.

C. affirme qu'elle ne parvient à rester seule qu'à l'intérieur de son domicile, et qu'elle recherche même la compagnie de quelqu'un pour aller aux toilettes à l'université.

Comme la situation est délicate, le thérapeute essaie avant tout de lui communiquer que ses réactions sont compréhensibles, comme celle de ne plus vouloir parler du tout et de ne plus réussir à rester seule.

Il lui dit ensuite qu'il a quelques tâches à lui donner, des tâches qui lui sembleront douloureuses et effrayantes mais qui l'aideront à se libérer de ses affreux souvenirs. Il lui « donne » ainsi le *roman du trauma*, manœuvre de prédilection dans ce cas également, au vu de la tendance de la jeune femme à ne pas vouloir du tout parler de l'événement dans sa tentative de l'oublier le plus vite possible.

Quand le silence est une des réactions, la tâche du roman du trauma semble, dans un premier temps, encore plus difficile et « dangereuse » aux

sujets qui se montrent immédiatement très perturbés à l'idée de devoir la mettre en pratique. L'expérience empirique nous permet toutefois de compter sur le fait que, passées les premières fois où elle pourra effectivement être très douloureuse, l'effet « bénéfique » de cette prescription ne tarde pas à arriver. Le thérapeute insiste donc sur l'importance de décrire dans les détails toutes les sensations que la patiente est malheureusement contrainte de se rappeler au quotidien, et de devoir en chercher toujours plus à chaque fois.

Sans même lever la tête, C. éclate en sanglots en disant qu'elle ne pourra pas le faire, qu'elle a terriblement honte et qu'elle n'arrive même pas à imaginer « une telle torture ». Elle manifeste aussi une peur réelle à l'idée de laisser un témoignage écrit de cet épisode: « Qui le lira? Où iront les lettres? Je ne veux pas que quelqu'un sache ce qui m'est arrivé... » Le thérapeute s'empresse de rassurer la jeune femme terrorisée du caractère absolument secret de ces lettres; il affirme qu'il sait combien il lui sera difficile de revisiter ces souvenirs. Il l'invite à accomplir cet ultime acte de douloureux courage et la rassure sur le fait que, si elle le veut, elle pourra aussi décider de ne pas lui permettre de les lire après qu'elle les lui aura confiées.

Dans les cas de violences sexuelles, la honte s'insinue comme une résistance supplémentaire à l'élaboration de l'événement traumatique et s'ajoute aux autres sensations particulièrement désagréables que la femme éprouve déjà. Il est donc important qu'en plus d'être accueillie, elle se sente protégée par le thérapeute, qui doit non seulement lui garantir le secret mais aussi la possibilité de choisir. Ce qui se passe en réalité, c'est qu'une fois la tâche réalisée, la honte disparaît et que les personnes n'ont pas de problème à remettre les lettres. Au contraire, cet acte « privé » de complicité contribue à renforcer l'alliance thérapeutique.

Pour travailler sur la tendance à éviter catégoriquement toute situation où elle serait seule, le thérapeute introduit un recadrage particulier expérimenté avec succès dans tous les cas où les personnes cherchent de l'aide auprès des autres, en se faisant accompagner dans des lieux qu'ils considèrent comme dangereux, ou en déléguant certaines responsabilités et corvées.

La manœuvre en question est formulée comme un recadrage de la « peur de l'aide », où l'on amène le patient à penser que chaque fois qu'il demande

de l'aide à quelqu'un, il obtient une aggravation de ses propres symptômes. Il s'agit d'une manœuvre mise au point au cours des années grâce à la recherche sur les troubles phobiques et expérimentée sur des milliers de cas résolus (Nardone, 1996, 2003, 2016a; Nardone, Watzlawick, 1993; Watzlawick, Nardone, 2000).

La prescription de la « peur de l'aide » est généralement formulée comme suit : « Nous voudrions que vous pensiez que chaque fois que vous demandez de l'aide et que vous la recevez, c'est comme si vous receviez simultanément deux types de message : le premier, le plus évident, c'est : 'Je t'aide parce que je t'aime'. Le second, moins évident et non déclaré, mais plus subtil et plus puissant, est : « Je t'aide parce que tu ne peux pas y arriver seul(e)'. À long terme, ce deuxième message contribue non seulement à faire en sorte que votre problème persiste, mais il conduit à ce qu'il s'aggrave de plus en plus, parce que chaque fois que vous demandez de l'aide et que vous la recevez, c'est comme si vous receviez la confirmation du fait que vous n'êtes pas capable d'affronter la situation tout(e) seul(e). Mais attention, je ne vous demande pas de ne plus demander d'aide, parce que nous savons que vous n'êtes pas à même de ne pas le faire. Je vous demande seulement de penser que chaque fois que vous demandez de l'aide et que vous en recevez, vous contribuez non seulement à maintenir votre problème et donc vos anxiétés et vos peurs, mais aussi à les aggraver.

Lorsqu'il formule ce recadrage, le thérapeute souligne qu'il a bien conscience du fait que le patient n'est pas capable de ne pas demander de l'aide (ou d'éviter), en insistant toutefois sur l'aspect « nuisible » de ce comportement.

La logique de cette prescription consiste en effet à mettre une peur plus grande (celle d'aller plus mal) contre une peur plus petite (celle d'affronter seul), selon la logique de l'antique dicton latin *ubi major, minor cessat*¹¹. Effrayée par la terrible possibilité de voir s'aggraver une situation déjà critique, la personne commence à courir de petits risques en faisant une chose seule déjà entre la première et la deuxième séance, et elle découvre qu'elle a plus de ressources que ce qu'elle croyait. Elle commence ainsi à saper la ten-

11 Dans ce contexte : « Quand des événements plus importants ont lieu, on fait peu de cas des événements moins importants » (NdT).

dance rigide à se faire aider ou à déléguer aux autres. Pour citer Elio Vittorini: « Notre peur du pire est plus forte que notre désir du mieux ».

Cette subtile manœuvre utilise la force de la peur contre la peur elle-même: en créant à partir de rien l'idée de l'inévitable aggravation de la situation si la personne persiste à demander de l'aide, le thérapeute finit par conduire le patient à débloquer cette tendance sans le lui demander directement. Bien plutôt, en soulignant l'incapacité de la personne à le faire, il utilise la logique de la contradiction comme moteur pour produire un premier changement inévitable.

Dans l'intervalle de temps qui sépare la première et la deuxième séance, C. appelle le thérapeute, désespérée, en disant qu'elle n'arrive pas à commencer la tâche d'écriture et en demandant de pouvoir le faire au moins en présence de quelqu'un. Le thérapeute accepte et, à la séance suivante, il trouve une jeune femme légèrement plus soulagée. Elle raconte avoir toujours écrit les lettres en présence de sa mère de peur de pouvoir se sentir mal et d'être seule dans la pièce.

Elle affirme par ailleurs être encore très effrayée à l'idée de faire cette tâche mais elle veut essayer de continuer. Le thérapeute souligne alors l'importance de la répéter tous les jours afin de se libérer progressivement de toutes les sensations et de tous les souvenirs paralysants que la jeune femme, petit à petit, met sur le papier. C. ajoute en effet qu'après avoir commencé elle s'est rendu compte que le fait de décrire l'événement dans les moindres détails (et de l'avoir par conséquent raconté pour la première fois avec précision) lui a permis de sentir qu'elle « s'en libérait peu à peu ». De plus, cet acte de courage lui permet de confier, pendant la séance, ce qu'en écrivant elle avait admis pour la première fois: c'est-à-dire d'avoir subi un véritable abus sexuel et pas seulement une tentative (comme elle l'avait raconté devant sa mère). La honte l'avait empêchée d'admettre à quel point cet épisode avait été épouvantable et le secret, emprisonné dans son esprit, l'avait empêchée de laisser dans cette soirée les terribles souvenirs et les sensations qui leur étaient associées. C. remet timidement les lettres au thérapeute après lui avoir confié, verbalement, son secret (auparavant) inconcessable. Ce passage signera la fin du tourment pour la jeune femme qui, jusqu'à cet instant, avait cru ne jamais devoir - en plus de ne jamais pouvoir - s'en libérer.

En même temps, elle se dit satisfaite d'avoir essayé - consciente de la possibilité d'aller plus mal si elle ne l'avait pas fait - de faire certaines choses toute seule, comme par exemple d'aller aux toilettes à l'université ou de descendre jusqu'à la maison de ses grands-parents en empruntant seule les deux volées de marches à l'intérieur de la copropriété.

Le thérapeute, content, la félicite pour tous ces actes d'extrême courage et poursuit en maintenant naturellement le *roman du trauma* comme tâche quotidienne et en introduisant la prescription du *fantasme du pire*, fondamentale pour aider la jeune femme (qui s'est déjà débloquée toute seule de peur d'aller plus mal) à évoluer petit à petit dans son indépendance.

En effet, écrire n'a pas toujours l'effet de déblocage immédiat qui permet à la personne de sentir un véritable *saltus* entre l'avant et l'après. Dans ce cas, il est très important de continuer à rédiger chaque jour ses propres « mémoires » de manière à s'en libérer progressivement jusqu'à ce qu'il soit finalement possible de sentir une nette différence entre les deux états.

C'est ce qui arrive à C. qui, en quelques séances, réacquiert la capacité de se déplacer partout toute seule pendant la journée, sans éprouver aucune sensation de peur ou d'anxiété. Les *cinq minutes au besoin*, objectif ultime de l'entraînement paradoxal de la demi-heure, lui serviront pour se sentir capable de sortir également le soir dès qu'elle en aura l'occasion. La jeune femme avait en effet cessé toute activité qui l'aurait éloignée de son domicile à des heures nocturnes et ce n'est que maintenant, au vu des résultats obtenus, qu'elle sent qu'elle peut recommencer à sortir. Elle admet qu'elle regarde autour d'elle avec suspicion quand elle marche seule dans les rues le soir, et qu'elle a le sentiment de faire partie d'un monde qui n'est plus aussi sûr que celui dans lequel elle avait vécu pendant ses vingt et une premières années de vie. Elle confie en souriant au thérapeute qu'elle sait que ces sensations passeront, mais aussi que rien ne pourra lui faire oublier une expérience aussi terrible.

Et si la sensation de vivre dans un monde dangereux et menaçant fait peur à vingt et un ans, imaginons quelle peut être la conséquence de n'avoir vécu dans un monde sûr que pendant ses dix premières années de vie... comme dans le cas suivant.

Cas 6. Des caprices ingérables: un autre cas de violences sexuelles

C. a juste dix ans, deux grands yeux noirs comme la nuit, les cheveux châains et une taille frêle qui lui donne bien moins que son âge. Il arrive en thérapie accompagné de ses parents, qui demandent à être reçus séparément avant de le faire entrer.

Ils disent ne pas vouloir répéter, pour la énième fois devant l'enfant, le récit des terribles violences infligées par son grand-père environ un an auparavant et que, à cause des procès (pour la dénonciation de l'agresseur) et des expertises (utiles au procès) il avait dû répéter.

Le thérapeute demande alors aux parents de lui expliquer en détail ce qui est arrivé et la raison pour laquelle ils l'amènent en thérapie.

C. avait neuf ans quand, un soir, après avoir passé l'après-midi chez ses grands-parents, il s'était enfermé dans sa chambre en disant qu'il ne voulait plus sortir, mais surtout qu'il ne voulait plus aller chez ses grands-parents. Les questions des parents sur le pourquoi de ce comportement n'avaient servi à rien, à tel point que l'enfant avait continué à aller chez ses grands-parents pendant encore deux mois, protestant et hurlant, c'est-à-dire en faisant ce que tout le monde avait considéré comme des « caprices ingérables ».

À partir de là, il avait rapidement commencé à faire des cauchemars récurrents qui le réveillaient la nuit en proie à des tremblements, des pleurs désespérés et dans un état que les parents avaient qualifié de « confusionnel ». L'enfant n'arrivait plus à étudier pendant la journée, les enseignants commençaient à déplorer son incapacité à rester concentré et son constant besoin de bouger. Il évitait le contact des amis avec lesquels il jouait tous les jours et, une fois à la maison, il cherchait n'importe quel prétexte pour se disputer avec son frère (et pour ensuite le frapper). Ce n'est qu'après quelques mois qu'il avait réussi à confier à sa mère ce que le grand-père avait fait à plusieurs reprises, et de là avaient commencé toutes les enquêtes qui avaient ensuite confirmé les faits.

Après un an de thérapie auprès d'une pédopsychiatre, C. n'allait pas mieux. Au contraire : aux dires des parents, il allait même plus mal sous certains aspects. Tout cela malgré le fait que des médicaments pour le calmer lui avaient été administrés.

Cherchant à comprendre comment le problème fonctionne au présent, le

thérapeute commence son enquête cognitive en posant quelques questions aux parents. Il apparaît clairement que l'enfant est devenu de plus en plus fermé, constamment perdu dans ses pensées, incapable de se concentrer sur quoi que ce soit qui nécessite de l'attention pendant plus de dix minutes, et qu'il commence à s'agiter en début de soirée. Aller dormir semble ce qui le terrorise le plus: il cherche en effet à prolonger le plus possible le moment qui précède le coucher, même au prix de disputes et de fessées. La nuit, il se réveille brusquement en hurlant et court dans le lit de ses parents où, finalement, il se détend et s'endort.

Chose inhabituelle pour le type d'approche dont nous parlons, le thérapeute décide de faire entrer C. dans son bureau. D'habitude en effet, la thérapie stratégique cherche à soigner les enfants à travers les parents, en donnant à ces derniers des indications et des tâches à faire faire à leurs enfants, pour éviter ainsi à l'enfant de se sentir encore plus étiqueté.

Mais dans le cas de C. cela n'aurait pas pu se produire: c'était lui qui avait demandé à voir quelqu'un qui aurait enfin pu lui ôter ses « vilaines pensées » de la tête, et il ne voulait plus suivre cette « ennuyeuse » thérapie qui ne servait à rien.

Comme un oisillon sur une branche, C. s'installe sur le bord de la chaise devant le bureau du thérapeute, et d'une toute petite voix dit: « Bonjour ». Le thérapeute s'adresse à lui en souriant: « Tes parents m'ont déjà tout raconté, je ne te demanderai pas de le refaire mais, si cela ne te dérange pas, je vais te poser quelques questions et tu décideras si tu veux me répondre ou non. Ça te va? » L'enfant lève la tête et répond: « OK ».

Les questions, parcimonieuses et prudentes, font émerger que le problème principal de C. est qu'il ne parvient pas à chasser les souvenirs de sa tête; que la peur que certaines pensées arrivent l'empêche de se détendre ou de se concentrer dans toutes les activités qui demandent du calme; que la nuit représente pour lui le pire moment car, lorsque tout est calme et silencieux, les pensées se manifestent encore plus et que, comme si cela ne suffisait pas, ses rêves sont peuplés de monstres qui le terrifient.

Ce qui faisait penser à une hyperactivité n'est autre que sa tentative désespérée de se distraire et de chasser de son esprit les souvenirs gênants; ce qui semblait être une incapacité à se concentrer est simplement la terreur que, s'il posait son attention, ne serait-ce qu'un seul instant, une pensée terri-

fiancée puisse s'introduire dans ce « silence » comme de l'eau dans une faille.

Une idée fixe qui l'accompagne depuis un an dans chacune de ses activités de manière plus ou moins pesante, et qui l'a conduit à croire qu'en courant, sautant, luttant ou se défoulant violemment avec son frère elle se présentera peut-être un peu moins, parce que c'est effectivement le cas.

Un tableau clair mis à jour par le thérapeute, qui grâce à la connaissance du fonctionnement d'un trouble de ce genre a pu formuler un petit nombre de questions *ad hoc* et éviter à l'enfant de revenir sur un événement autour duquel s'accumulent trop de sensations et de faits pour qu'il puisse être résumé.

La capacité de formuler des questions à illusion d'alternative (Nardone, Salvini, 2012), technique moins utilisée dans le traitement du TSPT que dans celui des autres problèmes, est en revanche extrêmement précieuse dans les cas où il est nécessaire d'éviter au patient de raconter un épisode pour la énième fois, ou dans les cas où le sujet est littéralement paralysé par la douleur et la peur.

Le fait d'avancer délicatement avec des questions qui visent à « découvrir » la dynamique du problème sans que la personne se sente forcée à raconter devient un ressort important pour le démarrage d'un entretien efficace. Petit à petit, le patient se détend et, si nécessaire et s'il le souhaite, il commence parfois à parler spontanément.

C. ne le fait pas. Il se laisse guider par les questions du thérapeute à l'intérieur de ce problème compliqué qui le tourmente mais qui, redéfini de manière évocatrice en séance, semble un peu plus clair et, qui sait, un peu plus simple à résoudre.

« Si je te donne une tâche qui te libérera petit à petit de ces terribles souvenirs, tu la feras? Ça sera un peu douloureux et aussi effrayant... mais tu as eu tellement de courage durant tous ces mois que je suis certain que tu n'auras pas de problème! » C'est ainsi que le thérapeute présente à l'enfant le *roman du trauma*, en soulignant plusieurs fois qu'il se rend bien compte de la peur qu'il pourra éprouver et du courage qu'il devra mobiliser.

« Cela restera entre toi et moi. Un secret que personne ne lira jamais. Décris-moi tout dans les plus petits détails; plus tu arriveras à mettre de choses dans les lettres, moins il t'en restera dans ton esprit. Je sais que ce sera douloureux et aussi un peu effrayant, mais je pense que tu ne manques pas de

courage, vu tout ce que tu as réussi à affronter ces derniers temps ». L'enfant accepte et revient trois semaines plus tard.

Mais la situation n'a pas changé. Les parents affirment l'avoir vu aussi agité que d'habitude et n'avoir pas réussi à lui faire faire la tâche prescrite.

C. baisse la tête et d'une toute petite voix dit : « Ça me fait trop peur ». Le thérapeute rappelle alors l'importance de cette tâche effrayante et difficile, en lui promettant un effet surprise qui éveille sa curiosité : « Tu verras qu'en la faisant, il se produira une chose à laquelle tu ne t'attends vraiment pas ».

Trois semaines plus tard, C. apporte un beau paquet d'enveloppes au thérapeute et se dit content d'y avoir beaucoup moins pensé, à tel point qu'il n'a pas « fait ses devoirs » les derniers jours. Les parents confirment l'avoir vu plus serein et tranquille pendant la journée, surtout durant la dernière semaine. Ils n'ont plus été réveillés la nuit par ses pleurs mais affirment avoir encore quelques difficultés à le mettre au lit le soir.

Le thérapeute félicite C. en souriant, lui dit qu'il n'a pas souvent vu un enfant aussi collaborant et courageux et lui rappelle de penser aux lettres chaque fois qu'une vilaine pensée apparaît dans son esprit, parce que « ce n'est qu'en me l'écrivant que tu peux l'enfermer et par conséquent t'en libérer ». C. acquiesce, l'air satisfait, en regardant ses parents à la recherche d'un signe d'approbation.

Le thérapeute pose alors à l'enfant des questions concernant l'école, les amis et le sport, c'est-à-dire toutes les activités que, ces derniers temps, le problème avait remises en cause et considérablement réduites. La mère dit qu'elle a tout récemment invité ses amis à venir jouer à la maison et, à la différence d'il y a peu de temps, C. n'a pas refusé de les voir mais a accepté avec plaisir.

Félicitant à nouveau l'enfant d'avoir déjà repris ses activités, le thérapeute l'invite à faire tous les jours une des choses qu'il ne faisait plus depuis longtemps, car ce n'est qu'ainsi qu'il pourra tout laisser derrière lui et aller de l'avant.

Il décide ensuite de fixer le prochain rendez-vous deux mois plus tard, pour laisser à C. le temps de s'établir dans la nouvelle réalité et voir comment, seul et sans indications thérapeutiques, il arrive petit à petit à recréer ce que le traumatisme avait détruit.

L'enfant n'est plus revenu en thérapie; les parents ont été revus seuls, pendant environ un an, pour se faire aider à gérer des thèmes délicats, comme la demande du grand-père de pouvoir voir l'enfant, les expertises qui devaient encore avoir lieu à la fin du processus, les questions du petit frère qui ne comprenait pas pourquoi les grands-parents avaient brusquement disparu de leur vie.

Libéré des « vilaines pensées », C. n'a plus voulu retourner « chez le docteur », requête accueillie avec joie et satisfaction tant par les parents que par le thérapeute.

Nous nous demandons - et si c'est vrai nous le lui souhaitons - si l'on peut croire les théories selon lesquelles ce qui arrive pendant les dix premières années de vie a de grandes possibilités d'être littéralement oublié... dès lors que cela fait à nouveau partie du passé.

Agressions

Cas 7. Le choc après l'agression

F. et T. rentraient d'une agréable soirée au théâtre. Alors que F. ouvrait la porte de leur domicile, ils avaient été encerclés par trois hommes au visage couvert qui, pointant un couteau dans le dos de F., leur avait intimé d'ouvrir la porte et de « ne pas faire d'histoires ». Le couple avait exécuté à la lettre toutes les indications des malfaiteurs. Une fois dans la maison, ceux-ci avaient ligoté l'homme sur une chaise, l'avaient menacé de le tuer s'il criait et sommé la femme d'ouvrir le coffre-fort. Après quoi ils l'avaient elle aussi ligotée sur une chaise en face de son mari qui, bien que silencieux, avait été violemment frappé (au point de perdre connaissance) par l'un des trois. Avant de quitter les lieux, ils avaient menacé la femme de mort si elle appelait à l'aide après leur départ, laissant le couple en proie à la terreur. Ce n'est que quelques heures plus tard que leur employée de maison était parvenue à les libérer et à appeler une ambulance.

L'homme et la femme arrivent en thérapie quelques mois après l'événement, encore marqués par les signes de cette nuit: lui a une cicatrice bien visible au-dessus de l'œil droit, elle a le regard éteint et terrorisé.

C'est le mari qui parle en premier : il a pensé à une thérapie pour son épouse qui ne parvient pas à mener une vie normale depuis lors. Il dit qu'il est lui-même encore profondément choqué, mais qu'il a surmonté l'épisode même s'il en porte encore les stigmates.

Le thérapeute s'adresse alors avec douceur à la dame et lui demande si elle peut raconter personnellement ce que son mari tente de dire. Elle acquiesce et, d'une voix étouffée, dit qu'elle « ne parvient pas à oublier ce cauchemar ». Elle raconte qu'elle est restée quatre heures interminables devant son mari évanoui et en sang, croyant qu'il était mort, et qu'elle n'a pas réussi à demander de l'aide de peur que les trois malfaiteurs reviennent et la tuent.

Cherchant à éviter que la dame se sente pressée par les questions, le thérapeute affirme qu'il est compréhensible de ne pas réussir à surmonter facilement une expérience de ce genre et lui demande ce qui, parmi ce qu'elle a vécu ce soir-là, revient le plus fréquemment dans son présent.

En larmes, elle dit qu'elle n'arrive pas à ne plus penser à ce moment terrifiant où, le couteau pointé entre ses omoplates, elle a dû accompagner les voleurs à travers toute sa maison, et où elle a vu son mari frappé jusqu'au sang et ligoté sur la chaise.

Celui-ci prend alors la parole à sa place et dit qu'il ne peut plus la laisser seule à la maison, qu'il a dû doubler les systèmes de sécurité (il y en avait déjà mais ils ne s'en servaient pas), qu'il ne parvenait plus à la faire sortir et qu'il n'en peut plus de la voir toute la journée sur le canapé, en larmes, le regard dans le vague.

La voix brisée de pleurs, la dame dit qu'elle ne peut rien y faire, qu'il lui semble absolument impossible de recommencer à travailler, de sortir ou de rester seule dans cette maison qu'elle voudrait même vendre. Elle ajoute aussi qu'elle se sent paralysée par l'angoisse et qu'elle ne peut rien faire d'autre que de rester enfermée chez elle dans l'espoir que les souvenirs s'atténuent et disparaissent avec le temps.

Le fait qu'elle s'enferme chez elle et annule toute autre activité quotidienne dans l'espoir de se sentir tôt ou tard capable de recommencer l'a rapidement précipitée dans un état d'angoisse et de désarroi constants. Non seulement les pensées relatives à l'événement ne se sont pas atténuées, mais elles sont devenues de plus en plus insupportables et source de désespoir.

Il arrive en effet que dans la tentative de se remettre d'une expérience choquante, les personnes se renferment en elles-mêmes et s'isolent du monde extérieur, dans l'« attente » - régulièrement déçue - de se remettre. Cette déception quotidienne s'accompagne plus ou moins rapidement d'un état que l'on pourrait qualifier de dépressif et dont l'aboutissement est un véritable état de résignation.

Au moment de la thérapie, la patiente se trouvait dans cette angoissante situation d'attente où chaque jour lui semblait pire que le précédent, incapable de faire quoi que ce soit, en proie aux sensations de peur et de douleur que les souvenirs faisaient émerger en elle.

Une fois clarifiée la dynamique de résurgence du passé dans le présent, le thérapeute poursuit en demandant à la dame de mettre en pratique le *roman du trauma* et de se poser la question *comment aggraver*.

Le couple arrive à la séance suivante encore plus sombre et déprimé. Le mari affirme qu'il est réellement préoccupé par la situation de sa femme qui non seulement ne semble pas s'améliorer mais qui, selon lui, s'aggrave même de plus en plus. Comme on le fait habituellement dans ces cas, le thérapeute demande qu'on lui remette les « tâches », et la dame, sur un ton plutôt agressif, déclare n'avoir même pas voulu faire quelque chose d'aussi douloureux: « Je vais déjà assez mal, je dois oublier, pas chercher à me rappeler! Donnez-moi une autre tâche, parce que celle-là, je ne peux pas la faire. »

Cette situation peut se présenter assez souvent face à la demande de décrire en détail un événement traumatique ; elle exige du thérapeute la capacité d'amener le patient à percevoir qu'en traversant l'événement par l'écriture il éprouvera les sensations qui lui sont liées, mais grâce à cela il pourra les laisser là, sur le papier. Même le thérapeute le plus habile et le plus suggestif peut avoir affaire à un patient très résistant à cette manœuvre.

Et c'est le cas de cette dame, qui se présente aux quatre séances suivantes de plus en plus désespérée et déprimée, accompagnée d'un mari de plus en plus angoissé et effrayé à l'idée que la thérapie ne puisse aider sa femme à s'en sortir. Le thérapeute répète qu'il ne peut lui donner une autre prescription tant que la patiente n'aura pas exécuté la tâche la plus importante et la plus efficace pour résoudre son problème, et qu'il ne peut céder à ses demandes parce que s'il s'y pliait, il deviendrait complice de son inévitable

aggravation. De plus, conscient du fait que la dame n'a jamais essayé d'appliquer la tâche et qu'elle a refusé a priori ne serait-ce que de tenter de commencer à écrire, il ajoute qu'il ne peut se permettre d'autres séances, et ne laisse même pas à la patiente l'espace habituel de la séance pour parler de ce qui l'afflige. Il la congédie en lui disant de réfléchir et lui accorde deux dernières semaines pour exécuter la tâche.

La dame revient avec son mari à la séance suivante réellement plus détendue et confie les lettres au thérapeute qui lui tend la main en souriant et dit: « Bien, je vois que vous avez décidé de vous aider à vous en sortir: vous avez été très courageuse! » L'air satisfait, la dame commence à raconter qu'il lui a suffi de commencer pour se rendre compte que, petit à petit, l'angoisse diminuait et que l'idée d'écrire ne lui faisait plus peur mais prenait au contraire du sens. Elle avait tout à coup recommencé à faire des choses dans sa maison sans constamment penser à cette nuit-là, elle avait cessé de passer ses journées sur le canapé, repris contact avec ses amies, mais elle n'avait pas encore envie de sortir. La maison semblait donc être le seul lieu où elle pouvait être tranquille.

Le thérapeute demande alors à la dame de quoi elle se protège en restant chez elle: d'un vol ou d'une agression éventuels, ou de la peur de pouvoir à nouveau éprouver la peur qu'avec peine elle avait archivée dans les enveloppes? La patiente affirme avec certitude qu'elle craint de tout déclencher une nouvelle fois: rester recluse chez elle pendant si longtemps lui avait fait construire une nouvelle réalité menaçante, à savoir le monde extérieur, même si celui-ci n'était pas lié à l'événement traumatique.

Il est assez fréquent, et nous l'avons vu dans les très nombreux cas de troubles phobiques, que le fait de tenter de se remettre d'un choc ou d'une maladie en restant enfermé chez soi peut amener à percevoir la réalité extérieure comme une source de danger éventuel et donc d'anxiété. Le refuge devient une prison dont la personne n'arrive plus à sortir et, avec le temps, une source d'anxiété à son tour.

Cette image est donc proposée à la patiente, qui est convaincue de pouvoir trouver la paix entre les murs de son domicile et qui considère - à juste titre, de son point de vue - qu'elle a le droit d'en profiter un peu maintenant qu'elle ne se sent plus tenaillée par l'angoisse. Le thérapeute l'invite à penser que, non seulement, plus elle restera chez elle, plus le monde extérieur lui

semblera menaçant, mais également qu'avec le temps elle recommencera à éprouver de l'anxiété et de la peur, même à la maison.

Tout en maintenant le roman du trauma comme lieu unique où enfermer les souvenirs affreux et douloureux au fur et à mesure qu'ils émergent, on lui donne la prescription du fantasme du pire, avec un rendez-vous deux semaines plus tard.

Dans ce cas aussi, comme le thérapeute l'avait prévu, le fait de mettre la dame en condition de « toucher le fantôme » en l'invoquant quotidiennement, en lui faisant penser aux pires choses possibles à propos d'une éventuelle sortie de la maison, l'a progressivement amenée à sentir que la peur ne faisait plus tellement peur. Elle revient en effet en thérapie contente de raconter ses succès, accompagnée d'un mari tout autant soulagé et satisfait.

La thérapie se poursuit alors conformément au protocole; nous sommes maintenant confrontés à la nécessité de conduire la dame, encore effrayée face à la perspective de vivre certaines expériences, à acquérir à nouveau une autonomie complète. Le fantasme du pire est donc prescrit en termes de *cinq minutes toutes les trois heures*, et ensuite *au besoin*.

Quelques semaines plus tard, la dame rapporte qu'elle n'a eu de difficultés qu'en une seule occasion, évitée jusqu'à quelques jours auparavant: sortir le soir avec son mari. Elle affirme toutefois avoir remarqué une différence: cette fois, la peur avait été celle d'être à nouveau agressée et la terreur s'était fait sentir surtout au moment de rentrer chez elle, pendant que son mari ouvrait la porte de la maison. Elle avait donc éprouvé une forte anxiété qui ne s'était apaisée que lorsque la porte s'était ouverte puis refermée derrière eux.

Le thérapeute lui explique que cette réaction est absolument physiologique, puisqu'il s'agissait de la première fois depuis « ce soir-là », et que seule la répétition dans le temps de cette expérience la conduira progressivement à ne plus éprouver de peur; il la félicite d'avoir réussi à surmonter le dernier obstacle à son autonomie.

Le couple, revu à distance de six mois, est heureux et serein. La dame dit qu'elle ne peut s'empêcher de penser à cette terrible soirée lorsqu'elle rentre chez elle seule le soir, mais elle affirme aussi qu'elle est consciente du fait que, lentement, le souvenir est de moins en moins accompagné de sensations spécifiques et que parfois il ne se présente même plus.

Cas 8. La spectatrice impuissante: des hématomes dans l'esprit

V. entre dans le cabinet du thérapeute d'un pas décidé, le regard assuré. Elle s'assied, pose son sac sur la chaise, enlève son manteau et révèle un bronzage enviable rehaussé de bijoux colorés. C'est une belle jeune femme de vingt-sept ans, très soignée, à l'évidence sûre d'elle. Elle n'attend même pas que le thérapeute lui pose la question habituelle: « Qu'est-ce qui vous amène chez nous? » Volontaire, elle commence : « Je suis ici parce qu'il m'est arrivé quelque chose de terrible, et vous devez m'aider à l'oublier ».

Sur un ton en apparence froid, elle se met à raconter une scène digne des films violents que nous voyons de nos jours au cinéma.

Il y a environ huit mois, elle passait des vacances dans un lieu exotique (où résidait son père) avec sa famille d'origine quand un soir, alors qu'elle sortait d'un restaurant en compagnie de son père, elle est approchée par trois « types louches » qui leur intimement de leur remettre bijoux et argent. Terrorisée, elle tend son sac aux malfrats et commence à enlever sa montre et ses bracelets, alors que son père, fort d'avoir une arme sur lui, cherche à frapper l'un des deux agresseurs pour se libérer. Cette erreur déclenche le pire. L'homme intrépide mais malchanceux est immobilisé par l'un des trois comparses qui, sous les yeux de la jeune femme elle-même immobilisée, crie au troisième de le frapper. La furie du voleur se déverse sur la victime qui reçoit des coups répétés au visage et à l'abdomen.

Ici, le ton assuré et détaché de la femme commence à faiblir. Elle dit au thérapeute qu'elle n'arrive pas à aller plus loin et demande à pouvoir s'arrêter. La requête est naturellement acceptée et le thérapeute lui propose de faire une pause en attendant qu'elle se calme.

Le thérapeute lui demande si on lui a fait du mal à elle aussi ; elle secoue négativement la tête et, la voix brisée, affirme: « C'est encore pire ». Elle répète qu'elle ne souhaite pas aller plus loin dans le récit et ajoute qu'elle veut seulement être libérée de ce qu'elle a vu et « entendu ».

Elle commence ainsi à raconter que pendant les huit derniers mois, elle s'est occupée de son père, hospitalisé suite à cet épisode pendant au moins quatre mois dans un état grave, et qu'elle a tenté de toutes ses forces d'oublier sans jamais y parvenir. « Les images ne partent pas, quand je suis chez moi et qu'il n'y a aucun bruit j'entends carrément mon père qui hurle

et appelle à l'aide » confie-t-elle, retenant ses larmes. « Dites-moi ce que je dois faire. »

Après avoir *redéfini* le problème et la douleur évoqués par la patiente, le thérapeute lui donne la tâche du *roman du trauma*, ce qui déclenche chez elle une réaction presque agressive. « Vous n'avez peut-être pas compris que je ne veux plus y penser: si c'est ça, le moyen d'en sortir, cette thérapie ne me convient pas. » Le thérapeute lui répète l'importance de cette tâche et la raison pour laquelle elle doit être réalisée en suivant exactement les indications, et prend congé après lui avoir donné un prochain rendez-vous.

La jeune femme ne s'y présente pas. C'est ce que nous appelons un *drop-out*, c'est-à-dire l'interruption de la thérapie de la part du patient dans les trois premières séances. Du point de vue de la thérapie stratégique, le drop-out est un échec communicationnel et relationnel: nous ne pouvons en effet pas affirmer que la stratégie utilisée n'a pas fonctionné, trois séances ne suffisent pas pour le dire. Quand un patient « s'enfuit », il fuit le thérapeute. Il ne s'en va pas déçu de la stratégie qui a échoué, mais de la relation qu'il a ou n'a pas instaurée avec celui ou celle qui devrait représenter sa solution.

Dans le cas du roman du trauma, nous sommes face à une exception. Une personne qui a fui la douleur (sans parvenir à la surmonter) pendant des mois et parfois des années prend peur à l'idée d'évoquer certaines sensations, au point de s'enfuir. Elle s'enfuit donc pour échapper à la peur de devoir faire une chose aussi douloureuse que le problème qui l'a conduite en thérapie. Mais si la relation a fonctionné, une chose se produit: elle revient. Elle revient chez celui qui, sans avoir échoué sur le plan relationnel, lui a tout de même donné l'impression d'avoir compris et senti sa souffrance, même s'il lui a ensuite demandé de faire quelque chose de trop difficile.

C'est ce qu'a fait V.: elle est revenue. Trois mois plus tard, la tête basse, le pas moins décidé, le ton moins résolu. Elle s'est adressée au thérapeute en disant: « Je suis peut-être prête, maintenant, je vous prie de m'excuser pour la dernière fois, je ne vous ai même pas téléphoné pour annuler. »

C'est ainsi que commence le travail thérapeutique, qui se termine avec succès quelques mois plus tard après qu'ont été débloqués la peur et les souvenirs particulièrement horribles. Une véritable torture infligée à son père sous ses yeux impuissants, des scènes atroces dont, après avoir peiné à les écrire, elle a réussi à parler. Mais seulement après des semaines de silence,

pendant lesquelles les lettres furent son seul moyen de communiquer au thérapeute les détails du supplice.

Inutile de dire qu'une fois débloquée la pathologie la plus invalidante et la plus bloquante (le trouble de stress post-traumatique), de nombreuses peurs ont émergé, que la jeune femme avait construites suite à cet épisode. Le thérapeute a donc commencé un travail orienté sur le déblocage des peurs que V. avait inévitablement accumulées.

La mise en œuvre du *fantasme du pire* représenta pour la jeune femme une autre épreuve de courage lorsqu'il lui fut demandé de se concentrer sur ses peurs futures, mais il lui fut beaucoup moins difficile de s'en acquitter avec succès. Petit à petit, elle a repris sa vie en main, en dépit du fait qu'elle a sous les yeux les marques évidentes des blessures de son père (lequel n'a pas retrouvé une complète autonomie physique) et qu'elle ressent ainsi, de temps à autre, les bleus imprimés dans son propre esprit.

Nous n'entrerons pas dans les détails de tout le travail thérapeutique: nous l'avons déjà fait pour les cas précédents. Ce cas nous a semblé important et exemplaire pour répéter, au cas où cela ne serait pas encore clair, que la manœuvre du roman du trauma est la clé de voûte du déblocage de la pathologie dont nous parlons. De plus, il nous a paru très significatif pour montrer que la relation que le thérapeute est à même d'établir avec le patient est d'une importance fondamentale pour la réalisation d'une tâche qui pourrait sembler trop cruelle et trop douloureuse.

V. a pris des mois à se décider à la mettre en pratique, quelques semaines pour se débloquer, presque un an pour retrouver complètement son autonomie et, bien qu'hésitante mais désireuse d'y parvenir, à retourner dans ce « paradis terrestre » qui a tant donné et tant pris à sa famille.

... Et erreurs humaines... fatales

Cas 9. « Oh mon Dieu, qu'ai-je fait? » : quand la victime est le bourreau

Il est difficile de penser, immergés comme nous le sommes dans le tam-tam médiatique annonçant les braquages, agressions, violences, catastrophes et autres événements terribles, que, parfois, les traumatismes ne proviennent

pas seulement de quelque chose que l'on a subi, mais que l'on a causé.

C'est le cas de M., chiropracteur anglais confirmé et expert, qui arrive en thérapie suite à un terrible « accident » professionnel survenu environ huit mois auparavant.

Une dame d'une cinquantaine d'années était arrivée dans son cabinet en se plaignant d'un banal problème de cervicales. Après avoir effectué une anamnèse et un examen minutieux de la patiente, M. avait commencé à manipuler sa nuque, appliquant une technique bien maîtrisée et consolidée grâce à son expérience avec des centaines de cas semblables.

La dame avait mentionné qu'elle avait un peu mal pendant la séance, ce qui ne représentait rien d'insolite pour le professionnel puisqu'il peut arriver que le traitement produise une gêne momentanée. Mais à la fin de la séance, la patiente faisait encore état d'une douleur persistante bien que pas très aiguë. M. l'avait tranquilisée en lui disant que c'était normal étant donné la légère inflammation de la zone traitée, mais que les symptômes disparaîtraient dans les vingt-quatre heures et qu'elle commencerait à sentir des améliorations.

Le lendemain, la dame appelle, inquiète parce que la douleur a augmenté. Un peu perplexe, M. lui dit de revenir le jour suivant pour évaluer la situation. Ce jour-là, la fille de la dame appelle en déclarant que sa mère ne parvient plus à bouger les jambes et les bras: elle est complètement paralysée de la nuque jusqu'en bas.

Des examens hospitaliers successifs montrent que la patiente souffre d'une malformation rarissime d'une vertèbre cervicale dont personne ne savait rien; la vertèbre s'était déplacée suite au traitement, causant une paralysie irréversible. La manipulation que M. a effectuée aurait été plus qu'appropriée en l'absence d'une telle malformation, mais elle a malheureusement rompu le fragile équilibre sur lequel tenait la colonne vertébrale de cette dame. Tout tremblant, M. nous apprend que la probabilité qu'un phénomène de ce genre ait lieu est de l'ordre d'un sur quelques millions. Dès ce moment, la vie de M. s'était transformée en enfer: pendant les premières semaines, en proie à la culpabilité, il était allé voir la dame pratiquement tous les jours; celle-ci avait envers lui une attitude compréhensive, puisque tous les médecins l'avaient assurée du fait que le chiropracteur n'avait commis aucune erreur: il s'agissait d'une fatalité tragique.

Cependant, M. ne parvenait pas à en prendre son parti: il continuait à garder imprimé dans son esprit le souvenir de la séance, la sensation de la pression de ses mains sur la nuque tandis que la patiente disait avoir un peu mal. Et sur le sillage de ce souvenir, tous les doutes se déclenchaient: « Aurais-je pu m'en apercevoir? Y a-t-il eu un signal à partir duquel j'aurais pu déduire le problème génétique? Ai-je réellement été aussi prudent que ce que je me rappelle quand j'ai effectué la manipulation, ou aurais-je commis quelque légèreté? » D'autres fois, c'est le souvenir du terrible appel téléphonique où la fille de la dame l'avait informé de la paralysie. En de tels moments, la rationalité ne servait à rien, ni d'ailleurs la tentative de chasser ces images et ces sensations: le chiropracteur devenait la proie d'une affreuse anxiété et était envahi par une montée irrépressible de culpabilité.

Au cours des mois suivants, M. avait continué à aller périodiquement rendre visite à la dame, bien que le fait de la voir générât chez lui l'angoisse la plus absolue et déclenchait avec une violence accrue toute la série de souvenirs et d'images qui le tourmentait déjà durant les autres jours.

Naturellement, l'exercice professionnel de M. s'en était beaucoup ressenti: la confiance en ses capacités qui l'avaient distingué pendant des années semblait avoir disparu; il continuait à travailler, mais en évitant les manipulations de la nuque ou de zones jugées potentiellement « dangereuses ». Il s'était donc rendu compte qu'il avait besoin d'aide, même s'il considérait comme pratiquement impossible que quelqu'un puisse réellement l'aider à « oublier » ce qui s'était passé.

Le thérapeute lui répond qu'il ne peut pas l'aider à « oublier », mais qu'il peut le guider pour prendre des distances par rapport à ce qui s'est produit, en « archivant » ce tragique événement dans le passé. Bien sûr, pour réaliser cela, M. devra exécuter une tâche douloureuse, mais c'est le moyen le plus rapide pour sortir de ce qu'il a lui-même qualifié de « cauchemar ».

Le thérapeute lui prescrit donc le *roman du trauma*, en précisant l'importance de décrire dans les détails toutes les sensations physiques que le chiropraticien avait éprouvées durant la manipulation, de même que tous les doutes et sentiments de culpabilité qui le tenaillent.

La première réaction de l'homme est l'incrédulité: quoi, il passait ses journées à se rappeler ce qui s'était passé et à se tourmenter de culpabilité, comment le fait d'y penser davantage pouvait-il l'aider? Déjà qu'il n'y

arrivait pas en cherchant à chasser les pensées, que se passerait-il s'il mettait tout noir sur blanc? Et si écrire imprimait dans son esprit la conviction d'être coupable de manière plus indélébile encore? Ces résistances sont plutôt habituelles lorsqu'on prescrit la manœuvre pour la première fois, pour la bonne raison qu'elle peut sembler illogique du point de vue du bon sens. Dans ce cas, il est important que le thérapeute, doucement mais fermement, réaffirme l'importance de suivre la prescription à la lettre, soulignant le fait que « penser à ne pas penser » fait penser encore plus, et répétant que le seul moyen de sortir de cet état de souffrance consiste à passer à travers.

À la séance suivante, le chiropraticien rapporte qu'il a mis cette indication en pratique et qu'il a commencé à ressentir ce qui semble être des bienfaits à partir du troisième jour. Il s'était senti un peu mieux pendant environ une semaine mais ensuite, comme il avait l'habitude de le faire tous les vingt jours, il était allé rendre visite à la patiente paralysée. Suite à cette rencontre il avait à nouveau été précipité dans le cauchemar et le tourment des souvenirs et de la culpabilité, comme c'était le cas chaque fois qu'il rencontrait cette dame. Découragé, il avait cessé d'écrire le roman du trauma et se déclarait réellement sceptique quant à la possibilité de résoudre son problème, étant donné qu'il s'était vraiment senti mal la deuxième semaine. Il était un cas désespéré, disait-il, puisque même la thérapie brève, qui d'après ce qu'il en savait donnait des résultats rapides, ne fonctionnait pas.

La première chose importante à faire dans des situations comme celle-là est de ramener le patient à une perception plus réaliste de la situation. S'il était vrai que l'intervention sur un cas comme le sien pouvait être extrêmement rapide, expliqua le thérapeute, elle ne pouvait quoi qu'il en soit se produire « par magie » en une seule séance et, surtout, si M. ne suivait pas les indications à la lettre. Après tout, il avait mis la prescription en pratique seulement la première semaine, durant laquelle il avait d'ailleurs commencé à en ressentir les bienfaits. La rencontre avec la dame paralysée avait été émotionnellement si intense qu'elle avait à nouveau précipité l'homme dans sa douleur la plus aiguë.

C'était comme si, ayant une blessure qui commençait à peine à cicatriser, M. s'était mis dans une situation où celle-ci s'était violemment rouverte et avait donc recommencé à saigner. Si l'homme considérait qu'il était fondamental de continuer à maintenir cette relation, il devait tenir compte du fait

que cela allait retarder de beaucoup la cicatrisation de sa blessure. Sinon, il pouvait à ce stade de la thérapie décider d'espacer les visites ou de les reporter au moment où la blessure serait déjà en bonne voie de guérison. Dans les deux cas, il était fondamental de compiler le roman du trauma tous les jours et à plus forte raison quand la douleur et le sentiment de culpabilité étaient plus aigus.

Le patient se trouva d'accord avec ce qu'avait dit le thérapeute; effectivement, l'habitude de rendre visite à la patiente était plus le reflet de son sentiment de culpabilité qu'un réel désir de rencontre. De la même façon, il se demandait si ces moments étaient vraiment bénéfiques pour la dame, s'ils ne l'ancraient pas dans le souvenir de l'événement tragique qui lui était arrivé. Malgré cela, il n'était pas certain de réussir à mettre un terme à cette habitude, qui lui semblait être une pénitence indispensable pour apaiser son sentiment de culpabilité. Le thérapeute répondit qu'il n'était pas absolument nécessaire d'interrompre la relation, qu'il ne devait le faire qu'au moment où il se sentirait prêt. Ce qui était important, c'était qu'il suive à la lettre la tâche qui lui avait été donnée.

À la séance suivante, M. semblait un autre homme: souriant, le pas décidé, il affirma au thérapeute qu'il se sentait serein pour la première fois depuis ce qui était arrivé. Une fois rentré chez lui après le rendez-vous précédent, il avait beaucoup réfléchi à ce qu'avait dit le thérapeute et avait décidé que le moment de mettre un terme à cette relation morbide qui ne faisait qu'alimenter son problème était arrivé. Il était donc retourné chez la dame pour lui expliquer les raisons de sa décision et, malgré ses craintes, il l'avait trouvée très compréhensive et d'accord avec le besoin de laisser le passé derrière eux et de suivre chacun le fil de sa propre vie. À partir de ce moment, il s'était consacré à l'exécution du roman du trauma, dont il avait finalement commencé à expérimenter les effets bénéfiques.

Les souvenirs étaient maintenant seulement sporadiques et il pensait sérieusement à recommencer à traiter des patients ayant des problèmes de nuque: après tout, il l'avait fait pendant vingt-cinq ans de métier, avec expertise et succès: il n'y avait pas de raison de ne pas s'y remettre.

La thérapie de M. s'est poursuivie sur quelques séances seulement, jusqu'à la récupération complète de son autonomie professionnelle et de son plaisir à exercer une profession qu'il aimait depuis toujours.

Chapitre 3

L'absence sans équivoque génère une présence continuelle: le deuil

L'important n'est pas ce qu'on fait de nous, mais ce que nous faisons nous-mêmes de ce que l'on fait de nous.

Jean-Paul Sartre

Parfois, une personne qui a vécu un traumatisme (comme une catastrophe naturelle, un attentat terroriste ou une guerre) vit non seulement les horribles effets du trauma sur elle-même mais également la perte d'un ou plusieurs êtres chers qu'elle a peut-être vus mourir sous ses yeux ou dont elle a appris la disparition dans un deuxième temps. Le thérapeute doit alors intervenir aussi sur l'élaboration d'un deuil qui, dans de telles situations, semble souvent particulièrement problématique voire même bloquée par la présence du trouble de stress post-traumatique.

La perte subite d'une personne aimée laisse un vide dépourvu de sens.

Socrate, personnage mythique de notre culture, conscient d'aller au-devant de la mort, cherche à préparer les personnes qui l'aiment à l'expérience de la perte. Il le fait en tentant de les convaincre que dans la mort il resplendira dans sa divinité propre, puisqu'il sera libéré de la corporéité qui la voile. Mais « le cœur a ses prisons que l'intelligence n'ouvre pas » (M. Jouhandeau), et tant les femmes que son grand ami Apollodore voient dans la mort un excès, un drame irrationnel « contraire à tout effort de consolation » (Levinas, 1995). Et s'il est vrai que toutes les morts sont vécues comme « injustes », les morts traumatiques soudaines, auxquelles par définition on ne peut s'être préparé, le sont évidemment encore plus.

La perte d'une personne aimée est une des expériences les plus intenses

que la vie peut nous réserver, puisqu'elle pénètre dans les profondeurs de notre personne, bouleverse nos émotions, modifie la perception de notre réalité, altère même notre apparence physique.

Le mot « deuil » (qui vient du bas latin « *dolus* », du verbe « *dolere* », souffrir) a deux acceptions en français: « une douleur causée par une mort », c'est-à-dire aussi bien la souffrance sur le plan physique que la souffrance psychique, la douleur due au manque, puis « les marques extérieures de la douleur », ou l'ensemble des pratiques et processus de nature sociale, culturelle et religieuse qui manifestent et représentent la souffrance due à la perte.

En réalité, dans la pratique clinique et en général, parler de deuil signifie parler avant tout de douleur. La douleur de la perte peut être éprouvée non seulement suite à un décès mais chaque fois que nous faisons dans notre vie l'expérience de l'interruption définitive de quelque chose, d'un manque qui ne pourra plus être comblé, d'une distance qui ne pourra plus jamais être réduite, mais il nous semble opportun ici de nous référer particulièrement à l'expérience de la mort.

L'expérience de ce type de douleur est l'expérience de l'unique limite au-delà de laquelle il nous semble impossible de pouvoir aller (combien d'entre nous n'ont jamais prononcé la phrase « seule la mort est définitive »?) Il s'agit d'un vécu subjectif qui trouve écho en chaque partie de nous, qui génère de la douleur, et c'est pourquoi nous ferions tout pour pouvoir l'éviter et le fuir. C'est une expérience dont nous voudrions qu'elle ne nous concerne jamais, mais paradoxalement, il semble que pour pouvoir affronter la vie il soit indispensable d'affronter et de gérer la mort.

Elle représente un vécu unique puisqu'elle dépend de la personne, qui est unique, et c'est justement pour cette raison que « je ne peux décrire ce que je suis en train d'éprouver » est la phrase que nous entendons le plus communément prononcer par ceux qui sont en train de la traverser.

Le deuil n'est pas un état pathologique en soi, même s'il s'accompagne de sensations et d'émotions dévastatrices - il n'est pas une maladie. C'est une blessure et, comme telle, il possède son propre temps de cicatrisation qui, comme dans le cas d'une blessure, dépend d'une série complexe de variables.

Dans l'optique d'introduire le concept de « deuil normal » (c'est-à-dire non « bloqué » ou non pathologique), des phases distinctes ont été identi-

fiées, que la personne traverse avec des modalités et des durées subjectives. En réalité, ce qui distingue les deux types de deuil n'est pas la succession des phases, mais le point où le sujet se bloque, ce qui empêche l'élaboration complète de la douleur et de la perte.

En définitive, ce qui se passe dans les deuils « non résolus », c'est que les fortes sensations provoquées par la perte, au lieu de produire des changements, des évolutions et des mouvements (qui, pour douloureux qu'ils soient, sont à la base d'une saine élaboration du deuil), arrivent à en paralyser le processus.

En général, la première réaction face à la mort de quelqu'un que nous aimions est un état de choc qui s'exprime par une sensation d'étourdissement, d'engourdissement et de désarroi. Il s'agit d'une réaction naturelle et défensive de notre organisme qui amortit le coup porté par la sensation d'avoir physiquement subi un traumatisme. Cette évidente incapacité de comprendre ce qui s'est passé et cette perte de contact momentanée avec la réalité sont habituellement de brève durée, et alternent successivement avec des moments de déni, de refus, de douleur et de désespoir.

Le corps aussi réagit en manifestant asthénie, inappétence (avec comme effet une perte de poids corporel), difficultés à se concentrer, à respirer et à communiquer. Passé le moment d'étourdissement, la mort est vécue comme un fait inacceptable et c'est précisément à ce stade que l'on assiste aux explosions de désespoir extrême, de colère et d'agressivité les plus fortes.

Ces émotions peuvent bouleverser comme de puissantes vagues, en alternant et en laissant la personne dévastée et détruite; ou elles peuvent subsister et s'enraciner sur une durée prolongée, en empêchant carrément le sujet d'aller de l'avant et de s'émanciper de sa propre douleur, l'emprisonnant dans le passé et le gardant éloigné d'un présent vécu comme insupportable.

Cas 1. La colère, encore avant la douleur

La colère apparaît généralement comme la première de ces trois sensations et peut être tournée aussi bien vers soi-même que vers autrui, en se transformant respectivement en sentiment de culpabilité ou en colère. La même situation peut même être vécue sur les deux modes.

Imaginons par exemple un parent dont le fils a perdu la vie dans un accident de la circulation alors que quelqu'un d'autre était au volant: les parents qui s'attribuent à eux-mêmes la responsabilité d'avoir permis à leur fils d'aller en voiture avec d'autres personnes ne sont pas rares, de même que ne le sont pas ceux qui retourneront leur colère vers celui qui conduisait, voire vers ses parents.

Les rescapés d'un désastre peuvent éprouver de la culpabilité de n'avoir rien réussi à faire pour les victimes, ou de la colère envers ceux qui n'ont pas réussi à aider la personne aimée qui n'a pas survécu.

Ceux qui ont été confrontés au suicide d'un être cher savent ce que veut dire n'avoir pas réussi à éviter que cela se produise et, parfois simultanément, éprouvent de la rage envers la personne qui a accompli un tel acte.

Quand cette forte sensation parvient à bloquer le processus normal d'élaboration d'une perte, il faut une intervention immédiate qui permettra à la colère de s'écouler, exactement comme si face à la crue d'un fleuve, au lieu de la contenir, il fallait creuser de nombreux canaux dans lesquels l'eau pourra se déverser (Milanese, Mordazzi, 2007).

F. avait trente et un ans et était enceinte de huit mois quand, au beau milieu de la nuit, elle fut réveillée par la sonnette de la porte d'entrée: deux gendarmes étaient venus l'informer que L., son mari de trente-cinq ans, venait de perdre la vie dans un accident de voiture alors qu'il voyageait en compagnie de deux amis.

La jeune femme apprend ensuite que tous trois (y compris son mari, qui conduisait) avaient été testés positifs à l'alcool et à la cocaïne, seule cause d'un accident en apparence absurde.

Quand elle arrive en thérapie, plus d'un an s'est écoulé depuis cette nuit, mais F. affirme se sentir de plus en plus mal et a l'impression de n'avoir fait aucun progrès dans l'élaboration de cet événement qui, comme elle l'affirme elle-même, « semble chaque jour avoir eu lieu la nuit précédente ».

Au début, elle avait eu confiance dans le fait que la naissance de sa fille l'aiderait à oublier, mais mis à part un premier « effet distraction » tout de suite après l'accouchement, la colère l'avait envahie et ne lui avait plus laissé de répit.

Elle affirme avec colère et une certaine dose d'agressivité qu'elle ne par-

vient pas à pardonner à son mari d'avoir bu et consommé de la drogue en ayant une femme enceinte à la maison, et de ne pas réussir à arrêter de penser à toutes les choses qu'elle voudrait hurler à son mari qui l'a abandonnée avec un bébé de manière si irresponsable; qu'elle ne peut oublier de lui avoir dit ce soir-là, au moment où elle lui disait au revoir: « Je compte sur toi, sois prudent et rentre vite ».

La colère semble ne pas laisser de place à la douleur: elle semble ne pas lui permettre d'élaborer la perte de son mari qui, en vertu de cette même sensation, est présent à tout moment dans l'esprit de la patiente, laquelle ne peut s'empêcher de « ruminer » des soliloques pleins de rancœur à son adresse.

C'est justement pour cette raison que le thérapeute cherche tout d'abord à faire s'écouler la colère encore avant d'adopter les manœuvres typiques permettant de favoriser l'élaboration de la douleur du deuil. Tant que la colère inonde et submerge l'esprit de la personne touchée, il n'y a d'espace pour aucun autre type de travail. Il faut la faire s'écouler, tout comme la crue d'un fleuve sur le point de déborder, de manière à pouvoir gérer les sensations restantes qui, derrière celle-là, se manifesteront certainement. Pour y parvenir, on lui a donné une prescription particulière, habituellement formulée comme suit:

« Chaque jour, à partir de maintenant jusqu'à la prochaine fois que nous nous verrons, je voudrais que vous trouviez un moment dans votre journée pour écrire une lettre. Vous devrez l'adresser à L. et vous devrez vomir dans cette lettre toute la rage, la colère et le venin que vous éprouvez envers lui en ce moment. Vous devrez être véritablement méchante et cruelle, vous devrez hurler dans cette lettre toutes les choses que vous voudriez lui dire s'il était encore vivant et que vous pensez tous les jours en silence dans votre esprit; vous ne devrez utiliser aucun type de censure. Quand vous avez fini, ne la relisez pas, mettez-la dans une enveloppe, cachez l'enveloppe et vous m'amènerez toutes les enveloppes la prochaine fois. »

À travers cette manœuvre, appelée les *lettres de colère*, la personne exprime et en même temps canalise de manière fonctionnelle toutes ses pires sensations basées sur la colère et la rancœur, évitant ainsi de les garder vives à l'intérieur de soi comme une flamme qui brûle implacablement.

Marc-Aurèle disait que « les conséquences de la colère peuvent être beaucoup plus graves que ses causes. » Dans le cas particulier du deuil, une co-

lère qui n'a pu s'écouler fait constamment revivre des pensées et des sensations dévastatrices, basées non seulement sur cette émotion mais sur toutes celles qui concernent la perte. Cette manœuvre efficace, mise au point au fil des années avec des centaines de patients, peut être aussi utilisée quand la colère est orientée sur soi-même: se blâmer et s'insulter tous les jours par écrit permet à la personne de faire la paix avec ce qu'elle a fait (ou n'a pas fait) avec, parfois, le résultat de découvrir des parties de la réalité qu'elle avait précédemment rejetées (par exemple, la conscience d'avoir vraiment fait de son mieux ou d'avoir même risqué sa propre vie pour sauver celle d'autrui). Pour citer le poète Fernando Pessoa, « si j'écris ce que je ressens, c'est qu'ainsi je diminue la fièvre de ressentir ». La rage une fois épuisée, ce qui reste est une forte douleur et la conscience nette que la personne aimée ne reviendra plus. À ce stade, le processus thérapeutique entre dans le vif de l'élaboration de la douleur du deuil.

F. revient en effet au deuxième rendez-vous trois semaines plus tard et, à peine assise, elle éclate en sanglots désespérés. Elle apporte dix lettres, disant qu'elle n'a pas réussi à en écrire vingt (le nombre de jours qui séparaient la première rencontre de la deuxième) parce qu'après les dix premières elle n'était plus parvenue à éprouver de la rancœur mais seulement de l'angoisse et une grande nostalgie de son mari disparu.

Elle affirme qu'il est l'objet constant de ses pensées, mais pas avec colère: avec la profonde douleur causée par le manque de celui que l'on voudrait proche mais que l'on sait ne plus pouvoir avoir. Elle confie aussi qu'elle n'a jamais touché ses affaires et qu'elle a tout laissé tel quel depuis la nuit de l'accident. Elle admet avoir essayé de garder tout intact de peur d'éprouver une douleur encore plus forte que celle qu'elle ressentait déjà, puisque le seul fait de penser à déplacer les affaires de son mari générerait chez elle l'idée de « devoir vivre encore plus intensément une perte déjà trop difficile ».

Par ailleurs, en enquêtant sur les comportements mis en place par la jeune femme comme tentative de ne pas éprouver certaines sensations dévastatrices, il émerge que, toujours depuis cette même nuit, F. avait fait désactiver la sonnette et qu'elle gardait toujours le téléphone débranché de peur d'être réveillée pendant la nuit; pas tant de peur d'éprouver de la douleur, mais parce qu'elle s'était rendu compte depuis le début qu'elle ne parvenait pas à s'endormir à cause de l'état d'alerte qui s'était créé chez elle à

l'idée que la sonnette et le téléphone puissent sonner. Elle avait ainsi trouvé une certaine paix en se « déconnectant » du monde extérieur pendant la nuit.

On recadre¹² donc en séance cette manière qu'elle a de se « rasséréner » comme quelque chose qui, sur le moment, lui avait permis de trouver une certaine paix et de parvenir à se reposer tranquillement; toutefois, dans le même temps, cette mesure avait non seulement alimenté sa peur d'entendre le téléphone et la sonnette mais l'avait aussi empêchée d'évoluer dans l'élaboration globale de l'événement.

Afin de commencer à travailler sur l'élaboration du deuil, le thérapeute souligne alors qu'à la différence d'autres sensations, la douleur de la perte ne guérit jamais complètement mais elle décante peu à peu. Ce que l'on peut faire en thérapie pour une personne qui souffre ne consiste pas à la « guérir » d'un trouble qui en réalité n'en est pas un, ni à l'aider à effacer une douleur que l'on ne peut effacer, mais à l'accompagner dans le processus d'élaboration de cette perte le plus rapidement possible.

On prescrit donc à la patiente une manœuvre appelée *la galerie des souvenirs* (Nardone, 2015; Milanese, Mordazzi, 2007). La prescription est la suivante: « Tous les soirs, comme toute dernière chose que vous ferez avant de vous endormir, je voudrais que vous revisitiez dans votre esprit les moments passés avec la personne disparue, en allant à la recherche des images qui sont pour vous les plus significatives et les plus importantes de votre histoire. Avec ces images, en quelques jours, vous devrez construire dans votre esprit une véritable 'galerie' de tableaux de souvenirs. Bien sûr, parmi les images que vous choisirez, il y en aura certaines qui généreront chez vous des sensations positives, d'autres qui au contraire provoqueront de la souffrance. Dans chaque tableau, vous devrez mettre l'accent sur un aspect positif, une sorte de 'cadre' qui, quand vous le regarderez, vous permettra de vivre une sensation positive en même temps que la sensation négative. Une fois que vous aurez construit dans votre esprit cette sorte de gale-

12 Le *recadrage* est une des principales techniques communicationnelles de l'approche stratégique, par laquelle on guide la personne à changer le point de vue à travers lequel elle observe une certaine réalité en induisant chez elle, à l'égard de cette réalité, des sensations et des perceptions différentes qui conduisent à des réactions différentes et donc à un changement inévitable ((Nardone, Watzlawick, 1993; Nardone, 1991; Watzlawick, Nardone, 2000; Milanese, Mordazzi, 2007).

rie composée d'œuvres picturales, vous devrez aller la visiter tous les soirs, avant de dormir. »

La patiente semble perplexe et, les yeux voilés de larmes, dit : « Mais avec ça je vais me sentir encore plus mal ! » Il s'agit d'une réaction courante face à la demande de réaliser une telle tâche, dont nous pensons qu'elle n'a pas besoin d'explication.

F. revient au rendez-vous suivant, trois semaines plus tard, et affirme qu'elle s'est sentie très mal au début, qu'elle a pleuré, mais que petit à petit, elle a trouvé ce plongeon mélancolique dans les souvenirs du passé plutôt agréable (d'un autre côté, ce que nous appelons mélancolie n'est rien d'autre que l'ensemble de douleur et de plaisir pour quelque chose qui ne nous appartient plus). Le fait de pouvoir trouver quelque chose de beau ou d'agréable dans une expérience si douloureuse et triste lui avait permis de commencer à réorganiser sa maison, en mettant de côté les affaires de son mari qu'elle voulait donner aux amis ou aux membres de la famille et en choisissant ce qu'elle voulait garder. Elle admet qu'elle a beaucoup pleuré et qu'elle continue à le faire tous les jours, et elle ajoute qu'elle sent quelque chose de « bon » et de « sain » dans toutes ces larmes et ces épanchements.

Le fait de revivre les bons souvenirs nostalgiques permet en effet de se libérer peu à peu de la douleur que ces souvenirs pouvaient provoquer et, en même temps, de garder à l'intérieur de soi le souvenir de la personne qui n'est plus.

Une fois qu'elle aura construit dans son esprit cette sorte de galerie d'œuvres picturales, la personne devra la visiter tous les soirs avant d'aller dormir, pendant une période qui peut varier de quelques semaines à un mois. Ensuite, la personne pourra décider de visiter sa galerie à sa guise, chaque fois qu'elle en sentira le besoin, de manière à pouvoir prendre progressivement une distance émotionnelle avec son histoire passée tout en conservant les aspects positifs. Cette tâche conduit par ailleurs la personne à percevoir et à apprendre qu'il existe une douleur physiologique, saine, qu'on ne doit pas considérer comme malade, et qu'il faut s'accorder chaque fois que la mélancolie affleure. Il n'y a pas de durée pour le deuil mais une manière pour l'aborder, le gérer et le vivre qui aide la personne qui le traverse à avancer et à trouver lentement, dans cette douleur, le sens des choses passées.

La thérapie avec F. s'est poursuivie pendant près d'une année, au cours de laquelle la patiente a été vue environ cinq ou six fois. La thérapie l'a accompagnée graduellement dans la poursuite de son parcours et de celui de sa fille, entre les souvenirs de son mari, les attentes déçues du futur, les peurs physiologiques de l'avenir et la conscience de devoir, un jour, en parler à sa fille.

Cas 2. « Amor, c'a nullo amato amor perdona¹³ »... mais pas toujours!

Comme nous l'avons souligné précédemment, la tendance à éviter à tout prix la sensation de la douleur est innée et humaine et la croyance que le temps qui passe suffira seul à la guérir peut s'avérer illusoire dans certaines circonstances. Malheureusement, « on ne guérit d'une souffrance qu'à condition de l'éprouver pleinement », disait Proust, et la douleur que l'on évite se maintient et augmente avec le temps. Pour élaborer un deuil, il faut donner de la place à l'expression de la douleur elle-même, entrer à l'intérieur et passer à travers.

L'une des tentatives que les personnes mettent le plus souvent en œuvre « pour ne pas trop souffrir » est celle de chercher à éloigner les souvenirs qui les lient à ceux qu'elles ont perdus; cela vaut aussi bien quand la perte est due à une mort effective que pour un deuil causé par un abandon amoureux.

A. est un avocat d'une cinquantaine d'années, un bel homme qui vient demander de l'aide au Centre de Thérapie Stratégique après avoir trouvé sa compagne, avec laquelle il vivait depuis près de cinq ans, dans leur lit en compagnie d'un beau jeune homme.

Après l'avoir vue dans cette scène « traumatique », il avait quitté la maison et n'avait plus voulu avoir affaire à elle. Il était parti « en état de choc », presque « en transe » (selon lui), et il lui avait fallu plusieurs heures pour effectivement réaliser ce qui s'était passé. À son retour, elle n'était évidem-

13 Il s'agit d'un des vers les plus célèbres de la Divine Comédie de Dante (vers 103, chant V de l'Enfer), dédiée à Francesca de Rimini, amante de Paolo Malatesta et épouse du frère de ce dernier, Gianciotto, qui découvrit la trahison et les assassina tous les deux. Ce vers, qui semble intentionnellement ambigu, peut être compris de deux façons : « Amour, qui ne permet à aucun être aimé de ne pas aimer en retour », ou « Amour, qui ne pardonne pas l'être aimé (l'épouse ou l'époux) d'aimer (quelqu'un d'autre) » (NdT).

ment pas là. Il l'avait ensuite rencontrée une seule fois (à la demande de la dame, qui avait à tout prix voulu lui donner sa propre version des faits), puis ne lui avait même plus répondu au téléphone. Mais il avait appris par des amis que cette rencontre avait été précédée de nombreuses autres pendant environ un an, que les deux avaient donc une relation à part entière, connu, comme cela arrive souvent dans de tels cas, de tous sauf de lui.

Dès ce moment, il avait donc tout fait pour oublier aussi bien l'« événement » qui, tel un éclair, avait déchiré son samedi après-midi six mois auparavant, que la femme avec laquelle il avait partagé les cinq dernières années de vie. Deux entreprises passablement ardues. Pour cela, il avait renoncé à la maison dans laquelle ils avaient vécu ensemble (et qu'il avait achetée) et envoyé un ami récupérer ses habits et quelques autres affaires « pour ne jamais devoir repenser à cette journée ».

Mais plus on s'efforce d'oublier, plus on finit par produire l'effet inverse; plus on tente d'effacer les souvenirs source de douleur, plus on découvre que chaque stimulus, même le plus insignifiant, est capable de rappeler à notre esprit la personne aimée et perdue.

Et la lutte continuelle de A. contre sa douleur et ses souvenirs avait fini par devenir encore plus atroce, car « penser à ne pas penser, c'est penser deux fois ». Il se trouvait donc “forcé” de revivre presque quotidiennement, comme si elle se déroulait devant ses yeux, la scène qu'il cherchait par tous les moyens à effacer de son esprit, en étant à chaque fois submergé par les mêmes sensations qu'il avait éprouvées six mois plus tôt.

La tentative de rationaliser la perte comme quelque chose d'acceptable - il s'était plusieurs fois répété: « Finalement, elle n'en valait pas la peine », « je trouverai facilement quelqu'un de mieux » - n'avait fait que créer une forte dissonance entre la partie irrationnelle-émotionnelle qui le bouleversait (et que cette tentative accentuait) et la partie rationnelle-cognitive qui avait pour intention de faire effet de « calmant ».

Six mois avaient passé et A. étaient exactement dans le même état que deux heures après avoir trouvé sa compagne avec un autre homme et être sorti de son appartement, avec la circonstance aggravante d'être terrorisé à l'idée de la rencontrer par hasard et d'avoir étouffé sa propre vie en la réduisant à une existence solitaire, loin des lieux qu'il avait l'habitude de fréquenter avec elle. Une sorte de dépression s'était installée, avec la perte

de tout plaisir dans sa vie qui n'avancait, disait-il, que du point de vue professionnel.

Le premier objectif de la séance est donc de se syntoniser avec sa souffrance, en soulignant que, bien qu'immérité, l'amour pour cette femme devait avoir été vraiment fort et que, pour cette même raison, sa tentative de rationaliser ne l'aidait pas à surmonter l'événement. L'acceptation de la douleur et de la souffrance sont en effet la base de tout travail d'élaboration de la perte.

L'homme semble presque contraint d'acquiescer, mais en même temps il est soulagé à l'idée de pouvoir commencer à souffrir de la perte d'une personne qu'il savait avoir beaucoup aimée bien qu'elle l'eût fait terriblement souffrir. Il se laisse aller à une sorte de pleurs nerveux, en admettant qu'il ne parvient pas à croire avoir tant aimé quelqu'un d'aussi faux, et qu'il veut avant tout oublier ce qu'il a vu cet après-midi-là à son domicile.

Dans ce but, le thérapeute continue avec les deux manœuvres typiques de tout travail centré sur le dépassement d'un traumatisme qui est sans qu'on le veuille revécu mentalement tous les jours : la question *comment aggraver et le roman du trauma*.

Il précise évidemment au patient que lorsqu'il rédigera le roman il devra décrire la scène qui s'était présentée devant ses yeux dans tous les détails, en essayant de rappeler dans son esprit des détails toujours nouveaux et les sensations qu'il avait éprouvées sur le moment.

La réaction du patient est initialement un mélange de stupeur et de terreur qui l'amène immédiatement à demander s'il est possible d'éviter cette prescription. Le thérapeute lui répète alors que c'est justement le fait de n'avoir pas voulu, jusqu'à ce jour, passer à travers, qui a maintenu cette situation suspendue et réelle, même après tout ce temps. Mais le patient ne semble pas satisfait. Il demande à nouveau une alternative, comme d'en parler dans le détail en séance, mais devant l'explication du thérapeute, il semble se résigner. Il affirme qu'il essaiera de faire de son mieux mais ne garantit rien, et prend congé.

L'homme ne se présente pas au rendez-vous suivant, deux semaines plus tard environ. Il envoie un sms au thérapeute en disant qu'il ne croit pas pouvoir aller mieux en faisant ce qu'il craint-il, pourrait le faire aller encore plus mal, et remercie tout de même gentiment pour l'aide reçue.

Comme nous l'avons déjà vu, il s'agit d'une réaction peu fréquente mais possible. La peur de revivre et d'évoquer certaines sensations peut être forte au point que le patient "s'enfuit" de la thérapie. Il arrive plus souvent que devant une telle terreur le patient revienne à la séance suivante sans avoir fait la tâche, mais on assiste parfois à une véritable fuite.

Six mois plus tard, l'avocat se représente en disant qu'il est prêt à tout. Il a essayé de prendre des médicaments et fait des séances avec un psychiatre, mais mis à part le fait de se sentir plus hébété, ni la douleur ni la peur n'ont disparu. Le thérapeute le rassure en disant que de telles réactions sont prévues et l'invite à mettre en œuvre ce qu'il avait refusé d'appliquer précédemment.

Il revient après trois semaines en ayant exécuté les tâches à la lettre et affirme, en souriant d'un air repent, qu'il a trouvé un grand bienfait à devoir revisiter chaque jour cet épisode tant redouté : au cours des derniers jours, le souvenir de cette scène ne s'était même pas présenté. En revanche, il dit avoir énormément souffert du manque de sa compagne, au point d'avoir presque éprouvé le besoin de l'appeler.

Le thérapeute le rassure sur le fait que ce manque fait partie d'un parcours sain et inévitable d'élaboration du deuil qui, à la différence d'autres sensations, ne guérit jamais complètement mais décante peu à peu. On maintient donc le *roman du trauma au besoin*, et on introduit la *galerie des souvenirs* pour faciliter le sain processus de cicatrisation que la manœuvre précédente a permis d'engager.

Dans le cas d'un fort évitement de lieux et d'objets liés à la personne aimée et perdue, cette technique permet aussi d'initier une sorte d'« exposition progressive » à travers laquelle la personne se rapproche du monde qu'elle avait auparavant diabolisé puisque porteur de souvenirs douloureux.

En poursuivant sur cette voie, il devient très important d'inciter le patient à reprendre toute forme d'activité sociale et relationnelle qu'il aurait pu interrompre à cause du deuil amoureux. Sur ce fond d'évitement et d'incapacité de réagir et de reprendre le fil de sa propre vie, une sorte de phase dépressive s'était en effet installée, moins caractérisée par de profondes et intenses sensations de base que par un désintéressement total pour tous les aspects de la vie qui n'étaient pas en relation avec la sphère professionnelle.

C'est ce que les Anglo-Saxons appellent *lost pleasure of life* (perte du plaisir de vivre), une réaction assez fréquente qui est effectivement utilisée dans le domaine juridique pour définir le dommage biologique¹⁴ chez une personne ayant survécu à la mort d'un être aimé (quand un coupable existe). Cette « perte de plaisir » (ou dépression) se présente comme une persistance de la disparition (initialement physiologique au deuil) de la capacité d'apprécier les activités de son propre style de vie dans des domaines divers. Elle peut en effet frapper les aspects davantage liés à la vie quotidienne (manger, dormir, s'habiller, etc.) ou ceux qui sont liés au plaisir des relations et de la vie sociale en général; elle peut aussi se manifester par un désintérêt total à l'égard de tout stimulus précédemment vécu comme agréable et stimulant (par exemple le sexe et le sport).

Dans ce cas, les personnes disent généralement qu'elles « attendent de se sentir mieux » pour recommencer à faire des choses ; nous savons cependant bien que cette attente risque non seulement de devenir éternelle mais qu'elle va également alimenter le sentiment d'apathie et de désintérêt qui la sous-tend.

A., en particulier, sent et admet qu'il ne parvient pas à aller au-delà du travail, convaincu que tôt ou tard l'envie de fréquenter des amis et des personnes reviendra. Il faut donc commencer à travailler sur le futur, dans une logique « prophétique » qui lui permettra de « créer à partir de rien ». Le thérapeute l'invite alors à se demander chaque matin: « Comment me comporterais-je aujourd'hui, que ferais-je de différent par rapport à d'habitude si j'avais déjà surmonté toutes ces difficultés? », puis de choisir chaque jour la plus petite chose parmi celles qui lui seront venues à l'esprit et de la mettre en pratique.

De cette manière, le patient commence, jour après jour, à se réapproprier le plaisir de ses habitudes, à accepter des invitations, rencontrer des amis, jouer au tennis et, après quelque temps, à regarder le monde féminin autour de lui.

14 En 1994, une décision de la Cour Constitutionnelle italienne a différencié le dommage moral du dommage psychique: le premier consiste en une perturbation émotionnelle générée par un fait illicite qui conduit à un état d'anxiété passager; le second est égal à « une atteinte durable et objective qui concerne la personnalité individuelle dans son efficacité, dans son adaptation et dans son équilibre » (Cour Constitutionnelle italienne, n. 372/1994).

Cet aspect du plaisir qui a été laissé de côté et parfois oublié mérite une brève réflexion. L'élaboration d'un deuil semble en effet nécessiter la capacité d'aller exactement à l'opposé des instincts primaires de l'homme. S'il est vrai que l'orientation primaire de chacun de nous est constituée de la recherche du plaisir et de l'évitement de la douleur, il est évident que lorsque nous traversons une expérience de ce type nous nous trouvons initialement en train de nager à contre-courant en acceptant de vivre pleinement la souffrance et en admettant, dans un deuxième temps seulement, que la vie peut et doit continuer, même dans ses aspects plaisants. Si, dès le début, le devoir est effectivement accepté de manière presque universelle comme quelque chose auquel il faut quoi qu'il en soit se plier, le plaisir est géré (initialement pour des raisons physiologiques et ensuite, parfois, pour des raisons morales) avec une plus grande résistance. Le travail du thérapeute doit également s'orienter vers la redécouverte de cette dimension absolument incontournable pour l'équilibre individuel.

Cas 3. Quand le deuil génère un « retour arrière »

Il est certain qu'au cours de notre vie nous avons constamment besoin de trouver un sens à ce qui arrive. Nous ne pensons pas qu'il soit possible d'attribuer rationnellement un sens à la douleur. Mais s'il est vrai que, pour citer Nietzsche, « ce qui ne me tue pas me rend plus fort », l'expérience de la perte peut inévitablement devenir à la fois source de tourment et de changement.

Bien que cela puisse sembler atroce, on peut arriver à comprendre que la perte qui nous fait souffrir, nous déchire et met notre ordre intérieur et extérieur sens dessus dessous en nous obligeant à de profonds changements dont nous nous rendrons compte ensuite. Cela se produira en effet dans toute expérience relationnelle et affective que nous vivrons dans la rencontre avec les autres, puisque « la douleur nous remet au milieu des choses de manière nouvelle » (Clemente Rêbora).

Mais que se passe-t-il quand une personne contrainte d'élaborer un traumatisme et un deuil est en même temps empêchée de se détacher de celui qui en est la cause? Que se passe-t-il quand nous décidons de porter ce que nous devons laisser derrière nous?

S. avait quarante-neuf ans, un mari et trois enfants lorsqu'elle découvrit, grâce à un téléphone anonyme, que ce mari auquel elle se sentait si indissolublement et intimement liée avait depuis près de huit ans une autre famille, lointaine mais toujours présente.

La dame arrive en thérapie deux ans après la terrible découverte, deux ans pendant lesquels elle avait décidé de tenter d'aller de l'avant avec son mari auquel elle était trop attachée pour pouvoir le quitter, avec lequel elle avait trop construit pour pouvoir s'en libérer. Mais une fois atténué le coup de la découverte, les choses ne s'étaient pas améliorées.

À sa tentative initiale de comprendre ce que son mari avait éprouvé et éprouvait toujours pour l'autre « situation » (enfants compris) s'était substitué une sorte de mécanisme obsessionnel par lequel chaque chose liée à leur vie passée ensemble était relue à travers les verres déformants du mensonge; plus rien, par conséquent, n'était fiable. Une belle photographie qui les montrait souriants au bord de la mer cachait le secret auquel elle ne pouvait désormais s'abstenir de penser, tout moment agréable ou passionné ensemble était maintenant vécu par cette dame comme un « délire » auquel elle était la seule à avoir cru. Leur amour était ainsi devenu « son » amour, puisque l'autre n'était plus considéré comme partie intégrante du couple. Tout son passé était maintenant revu en mode « rewind¹⁵ » et, en fonction de ce secret révélé, totalement modifié.

Chaque fois qu'émergeait un souvenir du passé, le mécanisme dysfonctionnel de la patiente consistait donc en un besoin continu de répondre à des questions comme: « Mais que pensait-il en cet instant? », « qu'a-t-il fait tout de suite après? », « où est-il allé la fois où...? » Lorsqu'elle ne parvenait pas à se donner une réponse toute seule, elle allait trouver son mari à la recherche de détails qui puissent mettre fin à cette enquête exaspérante.

Le mari, présent en thérapie, écrasé par la culpabilité, a toujours satisfait tous ses besoins, pensant l'aider à aller mieux. Il affirme donc devoir répondre au quotidien à des questions comme: « Mais cette fois où nous étions à la mer et où tu es parti, tu es allé chez nous ou chez eux? », dans une sorte de tentative de recomposer un puzzle dont les morceaux ne cessent d'augmenter mais dont l'image complète ne semble jamais pouvoir se former.

15 « Retour arrière » (NdT).

Pour commencer, le travail thérapeutique se concentre donc sur le fait de bloquer cette suite de questions et de réponses, maintenue par la tentative constante de trouver une réponse qui puisse apaiser ses doutes. Ce mécanisme, déjà largement étudié dans notre groupe de recherche au cours des vingt-cinq dernières années¹⁶, naît habituellement de la tentative de trouver une réponse sensée à un événement, mais se maintient ensuite en s'alimentant selon une séquence qui n'a parfois plus de relation avec l'événement initial. Comme il ne serait pas possible de travailler sur l'élaboration de cette « blessure » d'amour alors qu'une dynamique de ce genre est active, le thérapeute concentre son travail à ce niveau et donne à la dame deux prescriptions différentes.

Avant tout, il lui demande d'établir la *conspiration du silence* sur le passé; en effet, si au début elle avait senti que le fait d'en parler était nécessaire pour aller de l'avant et pour ne pas rester avec une interrogation trop grande, il ne fait actuellement qu'alimenter le besoin de savoir et d'aller chercher d'autres détails douloureux, à leur tour source de doutes supplémentaires. Après avoir pris congé du mari, il donne à la dame une prescription particulière qui vise à interrompre le circuit dysfonctionnel des questions et réponses dans lequel elle est restée piégée en essayant de donner une explication et un sens à la situation passée et, par conséquent, présente. Cette manœuvre est formulée comme suit: « Je sais que vous ne pouvez pas vous empêcher de vous poser ces questions, car elles arrivent toutes seules. Ces questions vous viennent, vous ne pouvez les freiner. Au contraire, si vous essayez de les freiner elles vous assailleront encore plus, si vous tentez de ne pas y penser, vous y penserez davantage ; les Anciens savaient déjà que penser à ne pas penser, c'est déjà penser. Bien que vous ne puissiez pas bloquer la question, vous pouvez cependant bloquer la réponse, et si vous bloquez la réponse vous bloquerez progressivement la question. Mais vous ne pouvez pas bloquer la réponse en vous forçant; je vous propose donc de vous donner une réponse alternative, qui sera de vous dire: 'Le seul moyen d'inhiber une question est de bloquer la réponse'. Pensez que chaque fois que vous tentez de répondre à une de vos questions en cherchant une réponse valide, vous alimentez la chaîne des doutes. Par conséquent, chaque

16 Voir *Cogito ergo soffro* (Nardone, de Santis, 2011).

fois qu'une de vos questions vous viendra à l'esprit, vous vous donnerez comme unique réponse que le seul moyen d'inhiber une question est de bloquer la réponse. Ce n'est que de cette manière que, progressivement, les doutes cesseront de se présenter et que vous n'aurez plus besoin de vous donner aucune réponse. »

Il s'agit d'une prescription en apparence banale, expérimentée avec succès à l'intérieur de nos protocoles d'intervention sur les troubles obsessionnels, mais véritablement difficile à mettre en pratique. En effet, à la différence d'autres manœuvres qui génèrent dès le départ un effet immédiat, une sorte de « déclic » qui fait soudainement percevoir au patient la réalité d'une manière différente, celle-ci a un effet thérapeutique perceptible à relativement plus long terme. On demande donc au sujet d'avoir la capacité de la mettre en pratique avec constance même face à une apparente « absence de changement » initiale. En réalité, le changement arrivera progressivement, et le patient pourra sentir les bienfaits d'avoir interrompu le mécanisme de recherche.

La dame revient effectivement soulagée au rendez-vous suivant: elle est parvenue à maintenir la conspiration du silence et a, même avec peine, répondu aux questions obsessionnelles en recourant à la phrase qu'on lui avait proposée en guise d'alternative. Elle affirme qu'elle a réalisé pour la première fois qu'elle n'arrivait pas à se pardonner de ne s'être jamais aperçue de rien et, en second lieu, de n'avoir pas réussi à quitter son mari.

Conscient que la patiente est incapable de vivre sans cet homme et de recommencer toute seule, le thérapeute *recadre* (sans pour autant mentir) sa décision comme un acte d'extrême courage: passer au travers d'une difficulté en portant une charge de ce genre est beaucoup plus difficile que de s'en libérer et de la laisser derrière soi. Il lui demande donc d'écrire chaque jour une lettre adressée à elle-même dans laquelle elle devra exprimer tout son dédain et sa colère pour ne s'être jamais rendu compte de rien et n'avoir pas réussi à quitter son mari en allant de l'avant sans lui. Comme nous l'avons signalé précédemment, les *lettres de colère* peuvent aussi être destinées à soi-même, en plus de s'adresser à des tiers.

La possibilité d'exprimer ses regrets à son propre égard et à l'égard de son incapacité de se libérer de son mari, et le fait d'avoir peu à peu débloqué le cercle vicieux des questions et des réponses s'avèrent très aidants pour

permettre à la patiente d'évoluer par rapport à son passé et à la conviction d'avoir vécu quelque chose qui en réalité n'existait que dans sa perception.

Mais c'est justement à ce point que la dame peut « enfin » s'accorder la douleur désespérée d'avoir perdu quelque chose qu'elle n'aura plus: l'idée d'un amour exclusif, puisqu'elle sait qu'elle doit y renoncer à jamais. Métaphoriquement, le deuil équivaut à la perte, et dans ce cas aussi, une fois enlevées la colère, les obsessions et les tentatives d'explication, il reste la douleur à élaborer. Celui en qui elle a cru pendant presque vingt ans - l'idée d'un homme qui n'a aimé qu'elle et qui n'a construit et éprouvé certaines sensations qu'avec elle - n'est plus.

Comme il ne s'agit à ce stade que de douleur pure, le thérapeute poursuit avec la *galerie des souvenirs*. Ce type d'élaboration, bien que différente de celle d'une personne qui a perdu quelqu'un pour toujours, permet non seulement de laisser la douleur dans le passé mais donne simultanément la possibilité de travailler sur le futur. En revisitant les moments merveilleux de sa vie avec son mari, la dame se rendra compte qu'elle a effectivement devant elle la possibilité d'en avoir d'autres, dans sa vie quotidienne avec lui. Une fois « morte » l'illusion de l'exclusivité et sur la base d'une saine désillusion, il reste tout de même l'idée d'avoir encore du temps pour recréer des moments heureux et exclusifs.

La patiente parviendra effectivement à affirmer qu'après des années, elle arrive à nouveau à regarder les photographies de sa famille sans y voir le voile d'un secret qui obscurcit chaque moment agréable passé ensemble, et qu'elle ressent à nouveau l'envie de faire avec son mari autre chose que chercher continuellement des explications et des détails.

Chapitre 4

Problème débloqué... traumatisme révélé

On ne découvrirait jamais rien si l'on se considérait satisfait de ce qui a été découvert.

Sénèque

D'après certaines recherches (Davidson, Hegers, Blazer *et al.*, 1991; Shore, Chess, McFarland *et al.*, 1989), la littérature sur le sujet rapporte que le trouble de stress post-traumatique se présente en concomitance à d'autres pathologies selon des pourcentages qui varient entre 62 et 92 pour cent.

De manière analogue, la recherche-intervention menée depuis près de quinze ans au Centre de Thérapie Stratégique d'Arezzo a montré que les personnes ayant vécu un événement traumatique traversent diverses phases dans la manifestation du TSPT, et que celui-ci peut progressivement évoluer dans d'autres directions, et donner vie à d'autres problématiques. En effet, le TSPT aboutit souvent à des systèmes de perception-réaction dysfonctionnels différents en se structurant comme point d'origine d'un « nouveau » problème comme, par exemple, un trouble phobique, obsessionnel-compulsif ou dépressif.

Le thérapeute peut ainsi se trouver face à deux situations différentes.

Dans le premier cas, la personne arrive en thérapie avec un problème, par exemple une phobie sévère dont on découvre que le point de départ remonte à un événement traumatique bien défini (par exemple un accident de voiture). La personne semble concentrée sur le présent, sur son incapacité à affronter toute une série de situations, mais il semble évident au thérapeute que le passé continue à émerger dans le présent avec les modalités

typiques décrites précédemment (chaque fois que la personne monte en voiture, par exemple, les sensations de l'accident lui reviennent à l'esprit et cela génère chez elle une anxiété aiguë qui l'empêche de conduire). Dans ces cas, comme nous l'avons vu, le thérapeute travaille en parallèle sur le présent et sur l'événement traumatique passé, de manière à débloquer tant la composante de TSPT que celle plus spécifiquement phobique.

L'apparition d'un *trouble phobique* est l'évolution la plus commune d'un TSPT et se présente quand l'évitement comportemental devient la réaction dominante du patient, souvent associée à la demande d'aide adressée aux personnes qui l'entourent. Les évitements peuvent être limités à certaines situations ou à certains objets (dans ce cas, souvent, en développant une phobie spécifique) ou se généraliser graduellement, en partant des situations les plus proches du trauma jusqu'à arriver à éviter la plus grande partie des activités quotidiennes, ou à demander la présence continue des autres personnes comme « aides » en cas de mal-être ou de difficulté. Dans ce cas, la vie quotidienne est gravement invalidée et la personne finit par se retrouver piégée dans une agoraphobie sévère.

L'évolution du TSPT en un *trouble obsessionnel-compulsif* (TOC) est une autre situation assez fréquente. Il s'agit des cas où la personne a l'illusion de pouvoir empêcher la réapparition d'une expérience traumatique au moyen de l'exécution de rituels « propitiatoires », qui peuvent être de type magique ou rationnel, ou alors mettre en œuvre des rituels « réparateurs » avec l'objectif d'annuler les effets de l'expérience traumatique.

Par exemple, après avoir perdu un enfant d'une maladie incurable, une mère peut commencer à faire un certain nombre de rituels propitiatoires, comme réciter des formules mentales chaque fois que ses autres enfants arrivent à la maison, pour empêcher « de façon magique » qu'ils contractent la même maladie. Pareillement, une femme qui a subi un abus sexuel peut s'adonner tous les jours à de longs rituels réparateurs de lavage et de décontamination, avec l'idée d'effacer ainsi les effets de la violence subie.

Dans les deux cas, la personne développe un véritable trouble obsessionnel-compulsif sur la base duquel se structure la croyance qu'un comportement ou un rituel donné peut la sauver de la possibilité de vivre à nouveau un événement traumatique ou peut soulager son angoisse liée au trauma vécu (Nardone, Portelli, Bartoletti, 2007 ; Nardone, Portelli, 2016).

Les personnes qui ont subi un événement traumatique finissent souvent par se renfermer en s'isolant du monde et par développer un *trouble de l'usage d'une substance* ou *trouble addictif* (Cash, 2006) comme « dernier recours » pour gérer les effets dévastateurs du trauma. La substance devient une autre tentative de solution pour prendre des distances vis-à-vis de l'événement traumatique, et conduit la personne non seulement à échouer dans sa tentative d'oublier le passé mais aussi à développer un problème supplémentaire: la dépendance.

Une autre évolution fréquente du trouble de stress post-traumatique va dans le sens d'un *trouble dépressif*. Confrontée à ses tentatives infructueuses d'oublier l'événement traumatique et d'en surmonter les effets, il arrive souvent que la personne manifeste un sentiment d'impuissance marqué et une tendance à se résigner. Avec le temps, ces individus semblent passer d'un état connoté par un combat pour garder le contrôle de la pensée (oublier et chercher un sens) à un état de capitulation. Ce mécanisme a été bien analysé par Bandura (2002) qui parle d'« impuissance apprise » et montre comment les individus ont tendance à développer une propension à se résigner s'ils sont confrontés à un stress continu sur lequel ils ne parviennent à exercer aucun contrôle. Dans ce cas, la dépression n'apparaît pas en soi comme la réaction primaire à l'événement traumatique, mais elle est plutôt le point d'arrivée de la lutte exténuante que la personne mène contre elle-même dans la tentative dysfonctionnelle d'effacer le souvenir du trauma - c'est-à-dire comme l'effet ultime de la répétition de ses réactions de *coping* dysfonctionnelles. Une telle évolution est souvent activée par le sentiment de culpabilité, très fréquent lorsque l'on parle d'événements traumatiques comme le viol, les violences physiques et les accidents à propos desquels la personne peut développer un fort sentiment de culpabilité et de blâme. « Je n'aurais pas dû m'habiller de manière provocante », « j'aurais tout de suite dû me précipiter pour aider la personne qui était dans l'autre voiture », « je n'aurais pas dû sortir seule la nuit », etc., sont des phrases que les personnes victimes d'un traumatisme continuent souvent à répéter aux autres et à elles-mêmes. Et les autres, malgré eux, peuvent bel et bien contribuer à alimenter l'attitude de victime de celui qui est en train de glisser le long de la pente dépressive du trouble: en continuant à l'encourager, à lui remonter le moral et à le rassurer, ils ne font rien d'autre qu'augmenter

paradoxalement sa tendance à la lamentation et à la résignation (Muriana, Pettenò, Verbitz, 2006).

Dans d'autres situations, comme nous l'avons déjà signalé, en plus de la peur et de la douleur, la personne qui a vécu un traumatisme se sent envahie par une intense colère. Ce peut être une colère dirigée contre elle-même, contre les personnes responsables du trauma, ou contre le destin, le sort ou Dieu si le trauma a été provoqué par les forces de la nature (inondations, tremblements de terre et autres catastrophes naturelles).

Dans une société qui encourage le contrôle de soi, cependant, l'individu a souvent tendance à réprimer ces émotions négatives parce qu'il les considère comme inutiles et peu rationnelles ou en opposition avec ses valeurs morales et religieuses. Si elles ne sont pas bien canalisées, ces émotions négatives finissent par s'accumuler, créant une sorte d'effet « cocotte-minute » qui, au point de saturation, finira par exploser dans un sens autodestructeur ou contre les autres (Joseph, 1999). Comme point d'arrivée de ce mécanisme, nous pouvons trouver des idées persécutrices et destructrices jusqu'à l'apparition d'un véritable *trouble paranoïaque*.

Tous les cas cités précédemment ont en commun ce qu'en termes diagnostiques classiques on appelle une « comorbidité » entre différents troubles, c'est-à-dire la présence simultanée de plusieurs tableaux symptomatiques chez le même sujet. Comme nous l'avons déjà dit, dans ces cas, le thérapeute stratégique s'occupera de débloquer le mal-être de la personne à différents niveaux, en partant des symptômes les plus invalidants jusqu'à la résolution complète des différents problèmes et à la réorganisation de son système de perception-réaction.

Mais ce n'est pas la seule situation où un trouble lié à un traumatisme se présente aux yeux du clinicien. Une autre catégorie, qui nous semble de plus en plus fréquente, est représentée par les personnes qui arrivent en thérapie avec, comme problème à résoudre, quelque chose de très différent d'un trouble de stress post-traumatique. Il peut s'agir d'un trouble phobique, dépressif, mais aussi d'un problème de type alimentaire comme une anorexie ou un syndrome de vomissement (*vomiting*), ou d'un autre type. Dans ces cas, le thérapeute intervient tout d'abord pour débloquer le problème dont la personne se plaint (c'est-à-dire qu'il travaille sur le système de perception-réaction que la personne manifeste, en se chargeant d'interrompre ses

tentatives de solution dysfonctionnelles) et, précisément grâce à ce déblocage, il « découvre » que, sous les symptômes du patient, émerge un traumatisme non déclaré.

Dans de tels cas, comme dans le jeu des boîtes chinoises, le thérapeute découvre quelque chose qui n'était pas visible auparavant et qui demandera une autre intervention thérapeutique pour aider la personne à surmonter complètement son problème.

Il arrive souvent, par exemple, qu'après qu'un climat de confiance se soit installé avec une patiente anorexique et qu'on ait commencé à débloquer le problème, la patiente amène en thérapie un abus subi dans le passé, un trauma qu'elle commence à revivre dans son présent une fois l'armure anorexique ébranlée. Ce sont des cas dans lesquels on découvre que la symptomatologie amenée par la personne - l'anesthésie émotionnelle typique des anorexiques, par exemple - représentait une tentative de solution pour la protéger des terribles effets du trauma.

Dans de tels cas, le trouble émergeant se constitue bel et bien comme une sorte de « couverture » du problème originel, comme l'effet final des tentatives dysfonctionnelles réitérées mises en œuvre par la personne dans l'intention de surmonter un événement traumatique originel.

Nous ne voulons certainement pas réintroduire la désormais désuète théorie du trauma comme base de tout problème psychologique, mais souligner qu'une situation problématique grave repose souvent sur un enchaînement complexe de tentatives de solution qui amènent la personne à développer différents troubles, aboutissements d'une tentative désespérée de gérer quelque chose d'extrêmement douloureux et effrayant comme seul un traumatisme peut l'être.

Dans ces cas, nous ne pouvons évidemment pas parler de TSPT au sens diagnostique classique mais, étant donné l'orientation éminemment opératoire de la thérapie brève stratégique, d'un trouble qui peut être abordé et résolu par le thérapeute avec les mêmes stratégies et techniques que celles qui sont employées pour la thérapie d'un trouble post-traumatique pur. Encore une fois, c'est la thérapie qui doit s'adapter au problème et pas l'inverse. En partant de ce présupposé, pour résoudre chaque situation spécifique, le thérapeute stratégique choisit toujours les stratégies thérapeutiques qui épousent précisément la structure logique du maintien du pro-

blème; sa démarche ne part pas d'un quelconque a priori théorique. Et cela fait de chaque thérapie un véritable processus de recherche systématique, où le thérapeute ne finit par « diagnostiquer » le problème que lorsqu'il l'a complètement résolu (en accord avec le présupposé constructiviste selon lequel « on connaît un problème à travers sa solution »).

Une dernière précision importante à propos du diagnostic différentiel concerne toutes les situations que l'on pourrait définir comme « traumatiques » qui sont à la base d'autres troubles, parmi lesquels les troubles de la personnalité et les troubles dissociatifs¹⁷.

Il émerge de notre observation (et des études de nombreux autres auteurs) que dans le trouble de personnalité borderline¹⁸, par exemple, la situation traumatique est presque exclusivement liée au contexte relationnel de la personne. Il ne s'agit donc pas, comme dans le TSPT, d'un événement partagé ou partageable comme une guerre ou un accident, mais d'un traumatisme relationnel. Il semblerait en particulier que le trouble de personnalité borderline soit lié à des schémas complexes de comportement non fonctionnels vécus de manière redondante au cours des années.

La plus grande partie des auteurs qui se sont occupés de ce sujet s'entendent pour dire que la pathogénèse de ce trouble est liée à des situations traumatiques flagrantes et « objectives » comme un abus sexuel dans l'enfance (Zanarini, 1997), l'abandon (Zweig-Frank, 1991) ou de graves violences émotionnelles. Mais des traces évidentes de tels événements au sens strict n'apparaissent pas toujours dans l'anamnèse d'un patient borderline. Et c'est ici qu'intervient un concept psychanalytique avec lequel nous sommes d'accord et qu'en 1963 déjà Khan avait appelé « traumatisme cu-

17 D'après le **DSM** (American Psychiatric Association, 2015), un trouble de la personnalité représente « une modalité durable de l'expérience vécue et des conduites qui dévient notablement de ce qui est attendu dans la culture de l'individu ». Elle est envahissante et rigide, est décelable à l'adolescence ou au début de l'âge adulte, est stable dans le temps et entraîne une souffrance significative ou une altération du fonctionnement. La caractéristique essentielle des troubles dissociatifs, en revanche, est la déconnexion des fonctions, habituellement intégrées, de la conscience, de la mémoire, de l'identité ou de la perception de l'environnement. Les altérations peuvent être soudaines ou progressives, transitoires ou chroniques.

18 Toujours d'après le même manuel, les caractéristiques essentielles du trouble de personnalité borderline sont un mode général d'instabilité des relations interpersonnelles, de l'image de soi et des affects avec une impulsivité marquée, qui apparaît au début de l'âge adulte et est présent dans des contextes divers (APA, 2015).

mulatif »: une situation que l'on pourrait considérer comme « non traumatique » en tant qu'épisode unique, mais qui peut avoir de graves répercussions sur la personnalité du sujet si sa prédominance est chronique. Il s'agit du concept de microtraumatisme proposé par Baranello (2001), à savoir « une situation subjectivement douloureuse qui, en soi et dans la majeure partie des cas, ne produit pas d'effets significativement négatifs sur le processus du développement de la personnalité ». Dans cette optique, ce qui devient traumatique et pathogène concerne plutôt la constance avec laquelle l'événement se répète et, c'est nous qui l'ajoutons, l'importance de la relation à l'intérieur de laquelle il a lieu.

Lorsqu'on travaille avec des patients borderline, il apparaît en effet avec évidence que des figures de référence stables leur ont souvent manqué, ou qu'ils ont été contraints de jongler tant bien que mal dans des relations ambivalentes avec les figures de référence principales au cours de leur enfance et de leur adolescence.

Il peut par exemple être typique qu'une patiente borderline, victime d'abus sexuel de la part de son père pendant des années dans son enfance, parle de cet événement en se rappelant avec rage que sa mère se retirait chaque soir dans sa propre chambre sans se soucier de ce qui se passait dans celle de sa fille.

Dans ce cas, le viol répété, malgré sa nature traumatique, n'a pas généré un TSPT mais un trouble d'un ordre supérieur, basé sur une contradiction relationnelle constante dans laquelle une personne qui doit protéger devient en même temps bourreau et complice.

Ce n'est pas ici le lieu de traiter un sujet aussi complexe que la manière dont se structure un trouble de la personnalité comme conséquence d'expériences traumatiques répétées, mais il nous semblait approprié d'expliquer à quel point un diagnostic différentiel est fondamental dans ce cas aussi.

Bien que l'on parle d'expériences traumatiques dans les deux cas, dans le trouble borderline, celles-ci ne se présentent pas comme des déchirures ou des brèches dans la vie des patients mais, comme dans le « supplice chinois de la goutte d'eau », comme des expériences dont la répétition laisse une sorte de « trace indélébile »; cette dernière devra être abordée très différemment de ce qu'il convient de faire pour un TSPT.

Avant de passer à la présentation de quelques cas cliniques en guise d'illustration, nous voudrions souligner un aspect très important de la manière de procéder stratégique. En effet, lorsqu'il s'agit de cas dans lesquels le trouble prédominant ne correspond pas au TSPT, même si le patient amenait consciemment un trauma déjà en première séance, ce trauma ne devrait pas nécessairement représenter le sujet de l'intervention de la première intervention du thérapeute.

Le lecteur qui a déjà un peu d'expérience en psychothérapie stratégique sait qu'il est fonctionnel et efficace de procéder toujours « du haut vers le bas », en commençant à travailler sur la pathologie la plus invalidante pour continuer, mais seulement après l'avoir débloquée, à travailler aux niveaux suivants. Quand une pathologie secondaire se structure sur un traumatisme avec des symptômes inhibants et limitants, et que le traumatisme ne représente pas en lui-même la limite qui envahit de ses contenus la vie et le présent du patient, la procédure thérapeutique doit suivre une trajectoire qui va du « superficiel » au « profond ».

Ce n'est qu'ainsi que nous pouvons éviter le risque de travailler sur quelque chose qui, bien qu'ayant été « traumatique » dans le passé, ne représente maintenant que le souvenir d'un événement désormais élaboré et surmonté, et qui par conséquent ne nécessite pas une intervention thérapeutique directe.

Par ailleurs, le fait de libérer la personne du problème invalidant qui l'amène en thérapie représente souvent la seule possibilité d'accéder à un traumatisme qui n'était auparavant pas visible ou qui, bien qu'étant évident au regard clinique du spécialiste, aurait pu représenter un point de grande résistance au changement s'il avait été abordé en premier.

Le thérapeute stratégique avance donc comme un alpiniste accompli qui programme son parcours depuis le point d'arrivée (le sommet) jusqu'à la base (et pas l'inverse), pour être certain, une fois parti, d'emprunter la voie la plus rapide et la plus sûre vers son but. Il serait effectivement risqué et erroné de commencer par un point dont nous ne savons pas avec certitude s'il est lié au problème émergeant amené par le patient.

Cas 1. Un « héritage maternel » gênant: un cas de trouble obsessionnel compulsif sur une base traumatique

Le cas exposé ici nous semble particulièrement significatif pour illustrer comment un problème qui semble « pur » d'un point de vue diagnostique classique (dans ce cas il s'agit clairement d'un trouble de type obsessionnel compulsif), s'il est abordé dans une perspective opératoire, va en revanche nécessiter un type d'intervention mixte, dans laquelle la capacité du thérapeute de reconnaître l'événement traumatique à l'origine du problème et de travailler pour amener le patient à le surmonter, devient une partie fondamentale du traitement.

P., trente-cinq ans, se présente au Centre de Thérapie Stratégique d'Arezzo en se plaignant de ce qu'il appelle des « crises » obsessionnelles et des compulsions qu'il a, dit-il, depuis l'âge de dix ans. Les obsessions et les compulsions ont évolué au cours du temps: quand il allait à l'école, elles consistaient en le besoin de lire et de relire continuellement les phrases des livres ou d'en réécrire sans cesse certaines parce qu'à son avis elles n'étaient pas écrites parfaitement. Des compulsions de contrôle des manettes du gaz et de la porte de la maison s'étaient développées des années plus tard, avec le besoin de disposer les chaussures et d'autres objets ou meubles de la maison dans un ordre inchangé.

Quand il arrive en thérapie, la peur dominante est celle de pouvoir se tromper, surtout au travail, par exemple d'envoyer un fax à la mauvaise personne, d'expédier par erreur des informations confidentielles, et ainsi de suite. Dans le prolongement de cette peur, le patient se sent contraint de contrôler et recontrôler de nombreuses fois si le numéro qu'il a composé est le bon, si l'adresse qu'il a écrite sur l'enveloppe est correcte, s'il y a inséré les bons documents, etc. Il s'agit donc de compulsions « réparatrices » typiques (Nardone, 2016a), où le contrôle répété permet sur le moment à P. d'apaiser son anxiété, mais finit par le piéger dans un besoin croissant d'autres contrôles compulsifs. En parallèle, le jeune homme décrit aussi la très forte obsession de pouvoir perdre le contrôle de son esprit et de faire des choses folles, comme se suicider. Cette angoisse intense s'est installée et développée progressivement suite au suicide de sa mère, survenu après une longue période de crises dépressives lorsque P. était encore enfant. L'homme dit

qu'il conserve des souvenirs très vifs des moments les plus sombres de sa mère, de ses pleurs et de son désespoir, comme du jour où elle a été retrouvée morte, et il rapporte que les premières pensées obsessionnelles de ce type se sont manifestées environ un an après le suicide.

Le thérapeute se rend compte que la peur qu'a P. de perdre le contrôle plonge ses racines dans cette expérience traumatique et ne peut par conséquent être abordée comme s'il s'agissait d'une « simple » obsession (la peur de perdre le contrôle est une des obsessions les plus fréquentes même chez les personnes qui n'ont pas vécu d'épisodes traumatiques). L'homme affirme en effet que sa plus grande angoisse est véritablement celle de pouvoir « être comme sa mère », et d'arriver ainsi à se suicider à cause de son anxiété. Le thérapeute se syntonise immédiatement avec le vécu du patient en déclarant que c'est comme s'il se sentait porter une sorte de « prophétie ou d'anathème », et que plus il tente de lui échapper, plus il obtient comme effet une peur toujours plus grande que la prophétie puisse se réaliser. Plus P. cherche à se prouver qu'il n'est pas comme sa mère, plus se déclenchent toutes ces « choses étranges » (les compulsions) « qu'il ne contrôle pas puisque ce sont elles qui le contrôlent ». Le thérapeute a ainsi recadré la principale tentative de solution du patient comme étant dysfonctionnelle: la tentative de ne pas y penser, de chasser les obsessions de son esprit - une tentative de solution qui, comme nous le savons, ne fait qu'augmenter sa peur et son incapacité de prendre de la distance avec ce qui est arrivé. L'homme semble alors complètement « capturé » par les évocations proposées par le thérapeute et est disposé à accepter les prescriptions que ce dernier lui donnera pour la séance suivante.

Le thérapeute prescrit donc les premières manœuvres typiques du protocole du traitement des troubles obsessionnels compulsifs (la liste des rituels et des évitements¹⁹) auxquelles il ajoute la prescription du *roman du trauma* et la question *comment aggraver*.

La prescription du *roman du trauma* est prescrite de manière fortement évocatrice: le thérapeute demande au patient de mettre chaque jour par écrit le récit de ce qu'il considère comme son « héritage maternel gênant »,

19 On demande au patient de faire la liste détaillée de tous les rituels qu'il accomplit, du plus grand au plus petit, ainsi que de tous les évitements qu'il pratique. Pour des approfondissements sur le protocole des troubles obsessionnels compulsifs, voir Nardone 1996; Nardone, Portelli, 2012, 2016.

« cette ombre à laquelle il ne voudrait pas penser et à laquelle, justement pour cette raison, il pense encore plus », c'est-à-dire tout l'héritage qu'il considère que sa mère lui a légué, décrit en termes d'images, de phrases, de souvenirs, de sensations vécues pendant toute la période des crises dépressives de sa mère jusqu'au jour de son suicide.

En parallèle, tous les matins, il devra se demander: « Que pourrais-je faire ou ne pas faire, penser ou ne pas penser si, de manière absurde, je voulais volontairement m'efforcer d'aggraver ma situation? » Cette prescription semble particulièrement adaptée ici parce qu'elle permet au thérapeute de mettre davantage en évidence l'effet dysfonctionnel des tentatives de solution appliquées par le patient, tant pour chercher à oublier son héritage maternel que pour chasser les pensées obsessionnelles et s'abandonner aux compulsions.

Les prescriptions sont donc focalisées à la fois sur le trouble obsessionnel et sur celui lié au trauma, de manière à commencer à intervenir sur les deux aspects dès la première séance. Cela est possible parce que le traumatisme a déjà émergé comme une partie importante du problème du patient et qu'il nécessite d'être abordé dès les premiers échanges de la thérapie.

Au deuxième rendez-vous, P. fait état d'une légère diminution des obsessions et des compulsions: il a réussi à moins répéter ses contrôles, et l'anxiété de perdre le contrôle, bien que souvent présente, a été moins intense.

La compilation des deux listes (des rituels et des évitements) et les réponses qu'il a données à la question « comment aggraver » confirment que le problème s'articule sur deux axes fondamentaux: la peur de mal faire quand il se sent responsable de quelque chose d'important (surtout au travail), qui crée le besoin de la compulsion réparatrice de reconstruire plusieurs fois ce qu'il a fait, et la peur de perdre le contrôle de son esprit, qui tire son origine de l'expérience traumatique d'une mère qui a perdu le contrôle jusqu'à se suicider.

Pour ce qui est du traumatisme, l'effet du roman du trauma est particulièrement rapide: P. affirme qu'après les premiers jours où écrire a été plutôt difficile et douloureux, les souvenirs de sa mère ont peu à peu pris une sorte de connotation « neutre » et qu'il a ensuite commencé à évoquer des images positives de sa mère, des beaux souvenirs vécus avec elle. Les derniers jours,

plus il essayait d'évoquer les souvenirs douloureux et terribles des crises dépressives de sa mère, plus au contraire lui revenaient de beaux souvenirs qu'il ne s'était plus rappelés depuis longtemps.

Cette réponse est assez fréquente quand on travaille avec un traumatisme lié à la perte d'une personne chère, et c'est un signal important qui permet au thérapeute d'introduire la manœuvre que nous avons déjà analysée dans le chapitre sur le deuil, à savoir la *galerie des souvenirs*. Voici donc la prescription qui lui fut alors donnée: « Je voudrais qu'à partir de maintenant jusqu'à la prochaine fois que nous nous reverrons, tous les soirs, au lit, avant de dormir, étant donné que *votre peur de perdre le contrôle est l'héritage de votre mère*, vous laissiez votre esprit se souvenir d'images un petit peu plus critiques sur ses pertes de contrôle, et je voudrais que vous associiez à ces images, comme cela vous est déjà arrivé, des images dont vous vous souvenez comme étant positives. Je voudrais que dès ce soir vous vous employiez de manière systématique à construire une sorte de séquence de tableaux de souvenirs, en mettant dans chaque cadre aussi bien certaines images à l'évidence négatives que d'autres positives; en fait, pour chaque tableau composé de photographies et d'images, vous chercherez à mettre en relief une image positive. Vous imaginerez que vous mettez une sorte de cadre positif à chaque tableau jusqu'à ce que vous ayez construit une galerie de souvenirs. Vous prendrez quelques soirs à construire la galerie, et les jours suivants, vous devrez vous employer à la revisiter, tableau par tableau. »

Cette manœuvre a pour objectif de guider le jeune homme à archiver dans le passé non seulement les souvenirs critiques de sa mère mais aussi les souvenirs agréables, de manière à sauvegarder les beaux souvenirs à l'intérieur de lui et, parallèlement, à ne plus être envahi dans le présent par les souvenirs négatifs.

Pour ce qui est du trouble obsessionnel compulsif, la thérapie se poursuit avec la manœuvre typique pour les rituels réparateurs, c'est-à-dire la prescription « si vous en faites un, vous en faites cinq » (Nardone, Portelli, 2012, 2016)²⁰.

20 La prescription est la suivante: « Je voudrais que chaque fois que vous sentez le besoin d'exécuter l'un de vos rituels, si vous le faites une fois, vous le faites cinq fois, pas une fois de plus, pas une fois de moins. Vous pouvez ne pas le faire, mais si vous le faites, vous le faites cinq fois, pas une fois de moins, pas une fois de plus. »

À la troisième séance, le patient fait état d'une nette amélioration du côté des compulsions: la prescription de « si vous en faites un, vous en faites cinq » lui a fait découvrir la possibilité de ne pas effectuer tous les contrôles qu'il faisait auparavant, puisqu'il a décidé de répéter le contrôle cinq fois en de rares occasions seulement. Les compulsions ont ainsi quasiment disparu. L'effet de la galerie des souvenirs a été en revanche plus subtil; P. l'a vécu comme un moyen d'atténuer progressivement le fort impact émotionnel que certains souvenirs avaient sur lui. Il a réussi pour la première fois à affronter dans son esprit certains souvenirs douloureux et angoissants sans ressentir l'impulsion habituelle de fuir, et en parvenant au contraire à s'y attarder et à y superposer des images de souvenirs positifs de sa mère. Ce travail quotidien a correspondu à une diminution supplémentaire des obsessions liées à l'héritage maternel, et P. a même commencé à faire de petites choses qu'il craignait de faire auparavant, de peur d'être englouti par l'angoisse de perdre le contrôle (par exemple, rester seul chez lui le samedi soir).

Au cours des deux séances suivantes (la quatrième et la cinquième), la thérapie se poursuit sur ces deux axes. Le premier, le versant compulsif, à travers l'augmentation du nombre des répétitions de la manœuvre du contre-rituel (de sept à neuf puis à onze répétitions, suivant le protocole de traitement) qui conduit à la disparition rapide de toutes les compulsions. Le second, celui de l'héritage maternel, à travers le maintien de la galerie des souvenirs « au besoin », comme moyen d'obtenir une sensation libératrice de contrôle sur les souvenirs passés. Le thérapeute souligne en prescrivant la galerie des souvenirs au besoin: « La peur du contrôle, nous l'enfermons dans votre musée personnel, comme partie historique de votre famille et de votre existence. »

Au cours de la cinquième séance, le patient annonce que ses peurs ne sont plus liées au souvenir des pertes de contrôle de sa mère. Grâce à la galerie des souvenirs, il a réussi à sauver l'image de sa mère en la remplaçant dans le passé.

Il définit les quelques anxiétés qui lui restent comme quelque chose qui « lui appartient » et qui concerne la peur de pouvoir faire des erreurs et de ne jamais se libérer complètement de son anxiété. C'est seulement à ce stade que le thérapeute, certain d'avoir désormais archivé le passé dans le pas-

sé, prescrit au patient la manœuvre du *fantasme du pire* comme technique pour apprendre à faire disparaître les fantômes des peurs relatives au futur.

À la sixième séance, le patient dit qu'en plus de n'avoir plus eu de compulsions, il s'est senti pratiquement libéré des anxiétés et des obsessions, et il se donne la note de 8 sur l'échelle d'évaluation proposée par le thérapeute²¹.

Avec l'entraînement au fantasme du pire, qui culmine avec cinq minutes au besoin, à la huitième séance (programmée à un mois de distance), le patient s'affirme totalement libéré des problèmes qui l'avaient conduit en thérapie. Les résultats se sont maintenus aux contrôles successifs de suivi (à trois mois, six mois et un an après la fin de la thérapie).

L'exemple de la thérapie de P. illustre bien comment, dans une perspective stratégique, le thérapeute commence toujours à intervenir sur ce que le patient « apporte » en thérapie, en s'occupant en premier lieu de débloquer les symptômes les plus invalidants. Et cela également dans les cas comme celui-là, où deux troubles sont en quelque sorte « superposés ». Une fois gérés ces deux premiers stades de l'intervention, le travail thérapeutique se poursuit jusqu'à amener la personne à la résolution complète de ses problèmes et à la construction d'un nouvel équilibre de perception-réaction.

Cas 2. « Mon cœur ne tiendra pas »: quand le traumatisme se cache derrière une anxiété de prestation

Il arrive parfois que des événements traumatiques se « cachent » derrière des situations qui ont en apparence peu à voir avec ce qu'on pourrait définir comme un trouble de stress post-traumatique mais également avec un problème clinique au sens large.

C'est le cas d'un banquier, la petite quarantaine, qui arrive au CTS avec la demande d'une intervention de *coaching*²² pour gérer un moment parti-

21 L'échelle d'autoévaluation est une autre manœuvre stratégique typique où l'on demande au patient de se donner une note sur une échelle de zéro à dix, zéro correspondant à la situation de la personne au début de la thérapie et dix au moment où elle pourra dire qu'elle a complètement résolu le problème pour lequel elle était venue consulter.

22 Le *coaching* est un type d'intervention très répandu, surtout dans le domaine de l'entreprise et du sport, et il vise à guider la personne pour qu'elle développe ses propres talents en travaillant à faire émerger les ressources déjà présentes en elle de manière à dépasser ses limites. Il ne s'agit donc pas d'une intervention de type psychothérapeutique ou clinique au sens large (Milanese, Mordazzi, 2007).

culièrement critique de sa vie professionnelle. L'homme déclare avoir une vie affective sereine, un travail qui lui plaît beaucoup, mais il se plaint de la peur aiguë de ne plus réussir à se concentrer sur sa profession et à maintenir les rythmes exténuants exigés par le travail dans le secteur de la finance.

Depuis quelques mois, il assiste à une lente et inexorable perte d'intérêt et de motivation pour ce domaine qui avait pourtant toujours été sa grande passion, et à l'accroissement d'une anxiété, de plus en plus intense et perturbante, de ne plus arriver à faire face à ses engagements et d'en arriver à perdre ainsi son travail. L'intensité émotionnelle avec laquelle la personne exprime ses angoisses et ses peurs semble au premier abord franchement « surdosée » par rapport à la situation concrète dans laquelle elle se trouve.

Le recours au dialogue stratégique permet en effet de saisir immédiatement que sa situation professionnelle est actuellement encore excellente: il n'y a aucune baisse de prestation ni de plaintes de la part de la banque pour laquelle notre client travaille. Au contraire, il dit lui-même qu'il est considéré comme l'un des professionnels les plus estimés et appréciés de son domaine et admet être encore très capable dans sa profession. La seule carence qu'il se reconnaît est une certaine indolence dans l'organisation de son agenda de rendez-vous avec les clients et une tendance à remettre à plus tard certains appels téléphoniques ou courriels qu'il ne considère pas comme urgents. Le reste continue à bien fonctionner, sans problème particulier.

Mais la personne semble très préoccupée, angoissée, et manifeste d'évidentes réactions physiologiques d'anxiété tandis qu'elle expose sa situation. Le thérapeute décide donc d'approfondir l'enquête cognitive de l'histoire du client, et c'est ainsi qu'émerge un élément clé, que l'homme raconte comme s'il n'avait que peu d'importance.

Quand il avait trente-cinq ans et que sa carrière de broker était à son sommet, il avait soudainement fait un infarctus sur son lieu de travail. Secouru par un collègue, il avait été immédiatement transporté en ambulance à l'hôpital, et seule cette rapidité d'intervention avait permis de lui sauver la vie.

L'homme affirme avoir encore marqués dans son esprit, comme au fer rouge, la douleur aiguë et soudaine au bras gauche, les moments agités du trajet en ambulance, les odeurs et les lumières du service de réanima-

tion. De plus, la rééducation après ce grave accident cardiaque avait été très longue et pénible, ce qui avait réellement pénalisé sa carrière: il avait été en quelque sorte « invité » à laisser les engagements de « première ligne » et à se replier sur des travaux impliquant une moindre responsabilité. Cette situation l'avait conduit à se sentir à tel point disqualifié que quelques mois plus tard il avait décidé de démissionner pour chercher un poste plus gratifiant. Mais il avait dû supporter une période de chômage d'environ six mois, ce qui avait encore amplifié les effets traumatiques de l'événement chez cet homme qui avait depuis toujours été habitué à se sentir très capable et réalisé dans son domaine professionnel.

Voilà quelques années, il avait trouvé un poste de conseiller dans la banque où il travaillait maintenant et entretenait de bonnes relations avec ses collègues comme avec ses supérieurs. Ces derniers mois, cependant, les pressions avaient considérablement augmenté à cause d'une phase critique que la banque traversait. Pour la première fois depuis presque cinq ans, l'homme avait à nouveau ressenti d'intenses sensations de stress qui avaient déclenché en lui la crainte de pouvoir revivre un épisode aussi critique que celui qu'il avait déjà traversé.

Le fait de revivre certaines sensations, que nous pourrions définir comme étant encore dans cette phase un stress « positif » (Selye), avait provoqué la peur de pouvoir revivre la situation de stress négatif dans laquelle il se trouvait avant l'infarctus, déclenchant chez lui une anxiété aiguë sur deux fronts: d'abord, la peur de revivre une situation concrète d'infarctus, alimentée par la présence très vive des souvenirs des moments critiques et de l'hospitalisation; ensuite, la crainte que cette situation le conduise à se retrouver sans travail, comme dans ces mois terribles qui avaient suivi sa rééducation.

Comme le lecteur le comprendra, nous sommes ici face à une situation dans laquelle travailler sur ce qu'on pourrait qualifier d'« anxiété de prestation » ou de « blocage de la performance » au moyen d'une intervention de *coaching* aurait été complètement malvenu et inutile. Une intervention d'aide concrète devait avant toute chose tenir compte de l'événement traumatique que la personne avait vécu et qui, résonnant dans son présent, faisait de la situation actuelle une source d'angoisses et de peurs de moins en moins gérables, et à même de générer un trouble véritablement invalidant.

L'intervention s'est donc articulée selon différentes phases. Après s'être syntonisé avec le vécu émotionnel du client, en lui faisant sentir qu'il sentait et comprenait pleinement sa situation, le thérapeute a introduit les deux prescriptions typiques de la première phase du traitement pour ce type de situations: le *roman du trauma* et la question *comment aggraver*.

Le roman du trauma lui fut proposé comme un compte rendu de l'expérience traumatique vécue, à partir de l'infarctus jusqu'à la récupération de ses capacités de travail, en passant à travers les six terribles mois de chômage. Chaque jour, l'homme devait consacrer un moment pour « contempler la splendeur des désastres » qui lui étaient arrivés, en écrivant un chapitre de cette histoire, en développant de manière lucide et détaillée tous les aspects les plus douloureux des événements traversés. Il devait le faire par écrit, modalité grâce à laquelle, peu à peu, l'aspect émotionnel de l'expérience peut s'atténuer à la faveur du passage à l'écrit, transférant ce qui est à l'intérieur, dans ses souvenirs, dans ce qui est à l'extérieur, ses écrits.

Après environ quinze jours d'écriture assidue, le conseiller rapporta qu'écrire avait commencé par être vraiment très douloureux mais qu'il s'était senti progressivement plus léger, comme s'il s'était enfin libéré d'un poids qui l'alourdissait et qui rendait chacun de ses pas extrêmement fatigant et pénible. En écrivant, il avait donc réussi progressivement, mais aussi plutôt rapidement, à prendre une distance émotionnelle avec l'événement traumatique, et cet « allègement » était allé de pair avec une diminution considérable de l'anxiété.

Quant à la question « comment aggraver », où l'on demande à la personne d'aller chaque jour à la recherche de tous les comportements, actions ou pensées qui, si elle les mettait volontairement en pratique, pourraient encore aggraver sa situation, elle avait contribué à alimenter le déblocage entre la première et la deuxième séance. En s'efforçant tous les jours de focaliser son attention sur les comportements qu'il aurait dû mettre en œuvre pour aller plus mal, l'homme s'était rendu compte qu'il faisait déjà beaucoup de choses qui, en soi, l'aggravaient. Remettre certains engagements à plus tard, s'abandonner à cette forme de lamentation avec les personnes de son entourage, et surtout sa tendance à disqualifier continuellement son travail et à se sous-évaluer étaient tous les moyens qu'il avait découverts

pour aller plus mal et qu'il pratiquait malheureusement souvent. Le dernier élément avait surtout représenté pour lui une découverte importante. Au fur et à mesure qu'il archivait le souvenir de son précédent et brûlant échec professionnel (c'est ainsi qu'il avait vécu cet événement), il voyait de plus en plus clairement que c'était cela, encore plus que l'infarctus, qui avait compromis la qualité de sa vie professionnelle. Et non pas tant du point de vue de son rendement objectif que de celui de sa capacité à accorder de la valeur à son travail et à ses propres ressources.

Le consultant avait donc découvert qu'il n'était pas tellement vrai que ses journées étaient mal organisées et insuffisamment exploitées, et que somme toute il pouvait être réellement satisfait de son efficacité professionnelle, tout en reconnaissant la possibilité de s'améliorer.

Il restait seulement une anxiété à l'égard du futur, que le thérapeute définit comme complètement « saine », et qui était surtout liée à la situation concrète que la banque traversait et à la crainte que ce « tremblement de terre » externe puisse avoir des effets dévastateurs sur son équilibre qui n'était pas encore complètement stable et sur sa santé.

Après avoir redéfini l'extraordinaire changement rapporté par la personne et valorisé les ressources qu'elle avait manifestées, le thérapeute a continué en maintenant le roman du trauma au besoin et en prescrivant le fantasme du pire pour l'aider à toucher les fantômes du futur et les faire disparaître.

La mise en œuvre de la prescription a donné la réponse habituelle: plus le conseiller essayait d'imaginer les conséquences désastreuses d'une possible faillite de la banque sur sa santé, plus il sentait qu'il s'agissait non seulement d'une éventualité impossible mais que même si cela se produisait, il possédait toutes les ressources émotionnelles nécessaires pour y faire face. Le travail s'est donc poursuivi avec l'entraînement typique au fantasme du pire: cinq minutes cinq fois par jour, puis cinq minutes au besoin. À la cinquième séance, le conseiller affirmait se sentir complètement libéré de l'anxiété et serein par rapport à son efficacité professionnelle. Sa demande fut alors de travailler sur l'amélioration de ses capacités à communiquer et de leadership, en vue d'une promotion très attendue pour laquelle il avait décidé de postuler, grâce au travail thérapeutique qu'il venait d'effectuer.

Il fut donc suivi sur quelques séances supplémentaires, cette fois avec une

intervention de coaching et non plus une thérapie, et accompagné jusqu'à l'obtention de la promotion désirée.

Une fois éliminé le poids du passé, le conseiller a repris sa vie en main avec l'énergie et la détermination dont il avait toujours été capable.

Cas 3. Une dépression « incurable »: un cas de traumatisme médical

G. est une jeune maman de trente-deux ans. Elle arrive en thérapie en se plaignant d'une profonde dépression qui dure depuis plus de trois ans. G. fait beaucoup plus que son âge: elle est franchement en surpoids et son apparence est négligée, son regard éteint et sa voix basse et monocorde. Elle nous raconte qu'elle est en traitement pharmacologique depuis des années pour cet état dépressif duquel elle n'arrive pas à sortir. La thérapie médicamenteuse a subi de nombreuses variations mais n'a jamais résolu son mal-être et, en l'état actuel, ne sert même pas à alléger les symptômes d'anxiété et d'apathie que la jeune femme vit au quotidien. Bien qu'ayant deux filles, G. n'arrive quasiment plus à s'occuper d'elles ni de la gestion de sa maison, et passe la plus grande partie du temps au lit ou couchée sur le canapé. La plus petite activité est vécue comme une corvée insurmontable, et tandis qu'elle raconte sa journée, la jeune femme se met plusieurs fois à pleurer, disant qu'elle ne se reconnaît plus dans cette « larve » qu'elle a l'impression d'être devenue, et se plaint aussi d'un énorme sentiment de culpabilité vis-à-vis de ses filles et de son mari.

G. a une longue histoire d'interventions chirurgicales ratées. À l'âge de vingt-huit ans, on lui avait diagnostiqué une « masse » de nature douteuse au niveau intestinal. La première intervention pour la retirer avait créé des complications qui avaient rendu nécessaires, en l'espace de moins d'un an, d'autres interventions correctrices, toutes problématiques, qui s'étaient terminées par une stomie. Depuis lors, G. vit avec cette « petite poche » apposée au niveau de son abdomen, qui doit lui permettre de vivre une vie « presque » normale du point de vue médical. La jeune femme ne semble pas particulièrement gênée par cette situation, qu'elle a visiblement acceptée comme une libération puisqu'elle avait marqué la fin de ce qu'elle appelle « le cauchemar » des interventions chirurgicales. Les personnes qui l'entourent tout comme le spécialiste auquel elle s'est adressée pour une

aide psychiatrique sont convaincus que la cause de sa dépression est qu'elle refuse cette situation. Mais G. se révolte contre cette interprétation dont elle sent qu'elle ne la concerne pas du tout.

Ce que G. n'arrive pas à s'expliquer, c'est que toute la force et la détermination dont elle avait fait preuve pendant cette terrible année d'interventions chirurgicales répétées et ratées ait subitement disparu au moment où le problème avait été définitivement résolu. Et cela ne fait qu'alimenter davantage son sentiment d'incapacité et d'inadéquation. En enquêtant sur les pensées et les préoccupations quotidiennes de G., il apparaît clairement qu'une grande partie de ses pensées ne sont pas orientées sur le présent ou le futur mais tournent constamment autour des souvenirs de ses hospitalisations, du souvenir de la douleur aiguë éprouvée au réveil de chaque anesthésie et des déceptions répétées chaque fois qu'un médecin lui communiquait que l'intervention ne s'était pas déroulée comme prévu. Il n'y a pas de place pour le présent dans la vie de G.; le peu de lucidité qu'il lui semble avoir (les doses d'antidépresseurs et d'anxiolytiques qu'elle prend sont effectivement très élevées) est entièrement occupé par les souvenirs de ce passé traumatique, et plus elle essaie de s'en défaire, plus ils finissent par envahir chaque instant de sa journée. Les personnes qui l'entourent compliquent encore cette situation: en lui répétant continuellement qu'elle n'a plus à se plaindre de rien et qu'elle doit accepter la stomie une bonne fois pour toutes, ils l'amènent à se sentir encore plus incapable et incomprise.

Après lui avoir fait sentir qu'il a compris sa situation et l'avoir félicitée pour toutes les ressources dont elle a fait preuve alors qu'elle faisait face à cette terrible période, le thérapeute explique à G. que la première chose à faire est précisément de l'aider à archiver le passé dans le passé. En effet, il est lui aussi convaincu que c'est cela et non la stomie, comme tout le monde l'affirme, qui l'empêche de reprendre sa vie en main. G. semble incrédule: a-t-elle finalement rencontré quelqu'un capable de comprendre ce qu'elle ressent? Une petite lueur d'espoir apparaît pour la première fois dans ses yeux.

Le thérapeute lui prescrit donc le rituel quotidien du *roman du trauma* et lui demande, ainsi qu'au reste de sa famille (son mari l'avait accompagnée à la première séance) de respecter la *conspiration du silence*, c'est-à-dire d'arrêter de parler de sa situation et de la stomie. Toutes les tentatives visant à la

« faire réagir » et à la consoler alimentent en effet sa sensation d'incapacité et amplifient toujours plus son état dépressif.

À la fin de la séance, G. semble plus détendue, elle déclare ouvertement qu'elle s'est enfin sentie comprise pour la première fois et qu'elle est soulagée de savoir que sa situation n'est pas désespérée, comme tout le monde l'affirme, mais au contraire tout à fait compréhensible au vu de son passé médical vraiment malheureux. À la deuxième séance, la jeune maman est souriante, presque transformée: elle raconte que le roman du trauma a été une expérience d'un côté bouleversante et douloureuse, mais d'un autre extrêmement libératrice. Elle ne pensait pas avoir à ce point absorbé tous les plus infimes détails de ses hospitalisations et de ce qui s'était passé. Elle raconte qu'elle a décrit les visages préoccupés des médecins après sa première opération, les bribes de conversation entendues alors qu'elle se réveillait de l'anesthésie, ainsi que les sensations de douleur aiguë à l'anus ressenties pendant toutes ses convalescences.

De plus, en dehors du moment de la compilation du roman, G. s'est sentie dès les premiers jours plus orientée sur son présent: elle a réussi à faire quelques petites courses et aussi à aller chercher sa fille à la danse, ce qu'elle ne faisait plus depuis trois ans.

Ne se sentant plus sollicitée et « jugée », elle avait à nouveau goûté à la liberté de faire de petites choses sans que le regard de tous soit focalisé sur elle, et redécouvert la sensation d'avoir au moins un peu d'énergie. Elle se sent encore très faible et souvent engourdie (ce qui n'est pas surprenant, étant donné les médicaments qu'elle prend), mais plus lucide qu'avant. Le thérapeute la félicite pour les ressources dont elle fait preuve et l'invite à continuer à compiler le roman du trauma mais seulement si elle en éprouve le besoin. En parallèle, il introduit la prescription du *comme si*, en lui demandant de faire chaque jour la plus petite chose comme si elle avait déjà complètement récupéré son énergie et l'envie de faire. Il insiste beaucoup pour que la patiente évite de se forcer, en soulignant que les parcours les plus efficaces sont ceux qui se font par petits pas et non en faisant de gros efforts.

À la séance suivante, G. affirme se sentir vraiment mieux: elle n'a eu besoin d'écrire qu'une seule fois et elle s'est beaucoup amusée à mettre en pratique, tous les jours, une petite chose « comme si »: elle confesse ne pas avoir

réussi à se limiter à une seule par jour mais a été très attentive à n'en faire que de petites. Elle dit aussi - craignant un peu la réaction du thérapeute - qu'elle a pris un rendez-vous avec son psychiatre parce qu'elle sentait que les médicaments qu'elle prenait l'alourdissaient beaucoup en plus de continuer à provoquer une fastidieuse prise de poids. Ayant perçu le grand changement de G., le collègue s'était tout de suite montré prêt à diminuer son traitement médicamenteux, qui allait de toute façon nécessiter des mois avant d'être complètement éliminé. Le thérapeute félicite encore une fois G. pour tout ce qu'elle a été capable de faire et lui demande d'évaluer sa situation actuelle sur une échelle de 0 à 10. La jeune femme est toute contente de pouvoir se donner « un bon sept ». En la complimentant encore pour les remarquables ressources qu'elle possède, le thérapeute poursuit en lui demandant de mettre chaque jour en pratique l'indication suivante.

Elle devra vivre sa journée comme elle se présente, sans s'efforcer de rien faire en particulier mais, autour de six heures du soir, elle devra évaluer si, dans ce qui s'est produit *spontanément* au cours de la journée, elle peut identifier quelque chose qui lui fait dire qu'elle est passée de sept à huit sur son échelle d'évaluation. Si la réponse est positive, elle n'aura rien de particulier à faire à part de se reposer la question le lendemain. Si en revanche elle estimait qu'il ne s'est rien produit spontanément, elle aura le reste de la soirée pour faire *volontairement* quelque chose qui la fera passer de sept à huit. Mais, prévient le thérapeute, elle doit éviter d'aller au-delà de huit. Lors de la prochaine séance, elle pourra raconter si le huit a été atteint de manière plus spontanée ou de manière plus volontaire.

C'est là une manœuvre très subtile mais très puissante pour renforcer les changements effectués par la personne, parce qu'elle propose une sorte d'« illusion d'alternative » porteuse d'une grande charge suggestive (Watzlawick, Nardone, 2000).

Avant tout, en demandant à la personne d'observer les possibles changements *spontanés*, elle permet d'exploiter la logique de la prophétie autoréalisatrice, en vertu de laquelle « qui cherche trouve ». En effet, en allant à la recherche de petites choses, il sera extrêmement improbable que la personne ne trouve rien qu'elle ne puisse considérer comme un petit pas en avant. Mais au cas où cela n'aurait pas lieu, la deuxième partie de la prescription maintient quoi qu'il en soit la possibilité de faire quelque chose vo-

lontainement, toujours dans la mesure d'un petit pas (« de sept à huit mais pas au-delà »), guidant ainsi la personne à avancer progressivement dans son processus de changement.

Il s'agit donc d'une manœuvre très suggestive, qui communique implicitement que ce passage se produira de toute manière; la seule chose qui reste à découvrir, c'est s'il aura lieu plus spontanément ou plus volontairement.

G. revient trois semaines plus tard, réellement transformée: son apparence est soignée, elle a un peu maigri, elle a un léger maquillage, et elle raconte avec enthousiasme toutes les petites grandes choses qu'elle a faites, presque toutes spontanément et qui lui font dire qu'elle mérite son huit. Elle a retrouvé la joie d'être avec ses filles et son mari, avec lequel elle a à nouveau eu des rapports sexuels satisfaisants. Elle vit avec sa stomie sans aucun problème et même avec l'attitude de quelqu'un qui sait que loin d'avoir été « le mal », cette stomie a été au contraire le signal de la fin de la pire période de sa vie, dont elle dit qu'elle est désormais complètement archivée dans son passé. La diminution de la thérapie pharmacologique continue sans problème grâce à la collaboration du psychiatre.

Le thérapeute revoit G. pendant quelques séances encore, toujours plus espacées dans le temps (un mois, deux mois, puis trois mois) jusqu'à atteindre son dix sur l'échelle d'évaluation et la totale élimination de la thérapie pharmacologique.

La « dépression incurable » a été archivée en même temps que les douloureux souvenirs que G. avait portés trop longtemps avec elle.

Cas 4. Attaques de panique? Non, la peur de marcher sur les pas de son frère

D. est un jeune homme de vingt-huit ans, beau, brillant et plein d'allant.

Il arrive en thérapie après d'autres tentatives thérapeutiques qui n'ont pas réussi, pour ce qu'il appelle « une sensation d'absence ». Il vit dans la terreur de faire l'expérience de moments de « détachement de la réalité », pendant lesquels il craint de pouvoir perdre le contrôle et commettre quelque chose de fou. Ces moments sont la plupart du temps précédés d'une forte anxiété avec des symptômes de tachycardie, transpiration, etc.

Le travail thérapeutique se centre donc initialement sur ces symptômes invalidants qui ont conduit le patient à être fortement limité dans sa vie per-

sonnelle, surtout aux moments où son moral est moins bon et où il « sent » que ces états anxieux ont plus de probabilité de se présenter.

Ayant repéré, à travers l'enquête cognitive effectuée, le mécanisme typique à la base des attaques de panique, le thérapeute cadre son travail en commençant par les manœuvres appartenant à ce protocole d'intervention (Nardone, Cagnoni, 2003). Le résultat est une considérable diminution des crises et de l'état d'alerte constant dans lequel le patient vivait.

Comme il arrive souvent lorsqu'on travaille « du haut vers le bas », il émerge une nouvelle réalité sur laquelle il faut intervenir. Nous avons déjà mentionné la ressemblance de ce processus avec les boîtes chinoises, et la possibilité de découvrir que ce sur quoi l'on avait travaillé n'était autre que la pointe d'un iceberg immergé. En effet, D. commence à se plaindre de moments qu'il qualifie de « dépressifs », caractérisés par une forte peur de pouvoir « être si déprimé qu'il en arriverait à se suicider ». Il soutient qu'ils ressemblent beaucoup aux précédents mais avec un contenu différent, qui concerne cette fois la peur de ce qui pourrait arriver.

En enquêtant sur les modalités perceptives de cette peur, un épisode d'une importance non négligeable dans la vie du jeune homme se fait jour: cinq ans auparavant, son plus jeune frère qui souffrait d'obsessions s'est suicidé en se jetant dans le vide, d'une vingtaine de mètres de hauteur. Chaque fois que D. commence à percevoir que son moral baisse, il ressent la peur de pouvoir désirer ce que son frère a fait. Pour cette raison, à de tels moments, il essaie de rester plus possible chez lui (en sécurité) comme s'il devait se protéger de la possibilité de perdre le contrôle et de commettre un acte aussi fou.

Par ailleurs, dans la tentative de rationaliser et de se rassurer par rapport à une telle éventualité, il a généré sans s'en rendre compte un cercle vicieux de questions et réponses qui ne débouche évidemment sur aucune solution, et qui l'a conduit à avoir de plus en plus besoin de se rassurer et d'apporter une réponse à ses questions.

Les interrogations, nées du besoin de se rassurer (par exemple: « Est-ce que je vais guérir? », « est-ce que je serai capable de travailler et de ne pas avoir des états d'absence? ») en sont venues à concerner des contenus qui n'ont pas trait à la peur en question, comme par exemple: « Quel est le sens de la vie? », « qu'y a-t-il après la mort? » et qui, pour cette raison, sont de plus en plus difficiles à satisfaire.

Le patient est ainsi piégé dans deux mécanismes différents: d'un côté, la peur d'arriver à perdre le contrôle et de se tuer, tout comme son frère, de l'autre, le cercle vicieux de questions obsessionnelles qui ne se terminent jamais.

Le thérapeute va donc commencer un travail parallèle sur les deux mécanismes.

Il prescrit la technique du *fantasme du pire* (que le jeune homme, connaît bien pour l'avoir appliquée avec succès pour les attaques de panique) mais en lui indiquant de concentrer son attention sur la possibilité d'arriver à perdre le contrôle et de se suicider. La réaction instantanée de peur à l'idée de devoir évoquer un fantasme de ce genre est évidente, à tel point que D. exprime immédiatement un doute sur la possibilité de réussir à penser à une chose aussi effrayante. Simultanément à cette manœuvre, le thérapeute lui suggère la technique consistant à *bloquer les réponses pour inhiber les questions* chaque fois qu'il se trouvera en train de chercher une réponse à l'une de ses questions obsessionnelles. Encore une fois, comme dans tous les cas que nous présentons, le thérapeute s'appuie sur sa capacité d'identifier les mécanismes qui sont à la base de chaque symptôme, de manière à pouvoir choisir la technique *ad hoc* pour le débloquer. Cela s'avère encore plus déterminant dans les cas où, ayant éliminé un premier problème, d'autres se révèlent avec l'avancée du travail thérapeutique.

À la séance suivante, D. admet avoir eu beaucoup de mal à appliquer la technique du fantasme du pire et de l'avoir même interrompue à l'avance les premières fois, mais de s'être ensuite laissé aller en pensant qu'elle fonctionnerait certainement, comme cela avait été le cas pour les attaques de panique. Il rapporte effectivement qu'il a ressenti la peur de pouvoir mettre fin à ses jours avec une intensité bien moindre, et qu'il a passé trois semaines relativement tranquilles. Dans ce cas aussi, le fait de se laisser aller à l'idée de se provoquer les pires symptômes crée la conscience que ceux-ci ne se manifesteront pas du tout.

La deuxième prescription, comme il arrive souvent, est ressentie par le jeune homme comme quelque chose de plus complexe et de moins efficace dans l'immédiat; il affirme être souvent tombé dans la tentation de se donner des réponses alternatives, beaucoup plus efficaces (bien que dangereuses et sournoises) à court terme. Le thérapeute insiste sur l'importance d'exé-

cuter cette prescription à la lettre et le félicite pour le courage dont il a fait preuve. Le travail se poursuit comme prévu avec, tout d'abord, l'introduction des *cinq minutes du fantasme du pire* toutes les trois heures, et ensuite seulement cinq minutes au besoin, tout en continuant à maintenir l'indication de bloquer chaque réponse dans le but d'inhiber peu à peu les questions.

En l'espace de quelques mois, D. a complètement surmonté la peur de mettre fin à ses jours et, un peu plus lentement, comme le thérapeute s'y attendait, il a éradiqué le mécanisme vicieux des questions obsessionnelles. Il commence ainsi à pouvoir parler de son frère, en particulier du sentiment de culpabilité qu'il éprouve pour n'avoir pas compris son désespoir. Il affirme avoir vécu les deux premières années qui ont suivi sa mort comme si rien ne s'était passé et avoir ressenti les premiers symptômes d'anxiété à la fin de ces deux années. En effet, le sentiment de culpabilité n'est pas seulement lié au fait de n'avoir rien pu faire pour éviter cet événement, mais surtout à celui d'avoir vécu les deux années suivantes dans l'insouciance.

C'est alors que commencent à émerger, en séance, des détails relatifs aux dynamiques de la famille de D., au climat de deuil qui continue à imprégner la vie familiale et à l'impossibilité qui en découle de pouvoir vivre de manière sereine dans un tel contexte. La technique de la *galerie des souvenirs* est alors prescrite en premier lieu, une manœuvre qui s'avère fondamentale, non pas tant pour élaborer le manque et le deuil que pour permettre au patient de penser à son frère sans culpabilité. D. admet effectivement que depuis sa mort, il ne s'est plus autorisé à évoquer des pensées heureuses le concernant et qu'il a toujours évité d'y penser de crainte, d'un côté, de souffrir, et de l'autre, d'éprouver cette peur qui l'avait piégé et qu'il a surmontée grâce à la thérapie.

Le thérapeute commence ainsi à pouvoir orienter le travail vers la création d'une nouvelle réalité future: il est clair que le patient, qui mène une vie en apparence détachée de son passé, est en réalité encore lié à une idée de devoir et de protection à l'égard de sa famille, en particulier de sa mère, à cause du deuil subi. Il confie n'avoir jamais pensé à vivre seul et si, dans le passé, cela aurait pu être imputé à ses peurs, aujourd'hui la seule chose qui le lie à une telle situation est la peur de laisser sa famille seule.

Les séances suivantes, toujours plus espacées les unes des autres, sont justement axées sur cela: soutenir le patient dans le difficile travail de déta-

chement d'avec sa famille; en particulier, l'amener à prendre des décisions qui ne dépendent pas de l'approbation de ses parents, qui de son point de vue « ont déjà trop souffert ». Dans de tels cas, on n'a pas recours à des prescriptions ou des manœuvres particulières: l'art du thérapeute consiste en effet à utiliser des techniques communicationnelles et des images métaphoriques qui, d'un côté, aident le patient à maintenir les résultats obtenus, et de l'autre l'aident à poursuivre son processus de changement, déjà évident d'un point de vue rationnel mais encore difficile à certains égards d'un point de vue émotionnel.

Aujourd'hui, D. vit seul, pas très loin du domicile de ses parents ; il a été suivi pendant environ un an et demi avec des séances de plus en plus espacées dans le temps qui l'ont aidé à atteindre une autonomie complète par rapport à son passé inconfortable, caractérisé non seulement par la mort de son frère mais aussi par une série de dynamiques familiales qui l'avaient gardé inconsciemment lié à cet événement, puisqu'il n'existe pas d'intimité plus forte que le partage d'une douleur.

Cas 5. Je mange et je vomis... pour oublier

Les lecteurs qui sont familiers avec la thérapie brève stratégique savent qu'une des caractéristiques qui l'ont distinguée des autres approches durant ces dix-huit dernières années est l'efficacité avec laquelle elle a traité et résolu l'un des troubles alimentaires le plus fréquent et le plus invalidant: le syndrome du vomissement (ou *vomiting*²³). Ils savent aussi que ce travail de recherche-intervention s'est surtout distingué pour avoir identifié le principe du plaisir (et non la soi-disant compulsion) comme mécanisme à la base de cette pathologie. Concrètement, une personne qui mange et vomit trouve dans ce rituel, qui démarre par une crise de gavage et culmine dans la conduite d'élimination, un plaisir qui devient avec le temps le plaisir prédominant dans sa vie.

23 Nous appelons vomiting un trouble alimentaire basé sur le fait de vomir de manière compulsive, souvent plusieurs fois par jour. Une personne qui souffre de ce trouble mange pour ensuite vomir, et elle ne vomit pas comme simple stratégie pour éliminer les effets nuisibles d'un gavage (comme dans le concept de *bulimia nervosa*). À la base du système de perception-réaction du vomiting, nous trouvons donc le plaisir, ce qui rend cette problématique extrêmement résistante au changement (Nardone, Verbitz, Milanese, 2004; Nardone, 2003b).

L., employée de trente-huit ans, mange et vomit elle aussi depuis longtemps. Elle arrive au centre après avoir lu les livres sur le traitement stratégique des troubles alimentaires: c'est la raison pour laquelle elle a décidé d'entreprendre une thérapie. Le thérapeute commence donc le travail habituel d'enquête cognitivo-opératoire pour mettre à jour les dynamiques suivant lesquelles la patiente exécute habituellement son rituel. Après avoir pressenti qu'il s'agit d'une « vomisseuse inconsciente²⁴ » de l'aspect agréable de son symptôme, il entreprend le travail approprié pour débloquer la symptomatologie du vomissement.

En quelques séances (c'est-à-dire en deux mois et demi environ), le symptôme du vomissement disparaît, et à l'occasion de ce qui, d'un point de vue thérapeutique, aurait pu être l'un des derniers rendez-vous, la patiente demande à être aidée pour gérer un problème de couple dont elle n'avait pas encore parlé. L'air embarrassé, elle affirme s'en être rendu compte plus particulièrement depuis que le vomissement a disparu de sa vie et dit avoir beaucoup de peine à supporter que son compagnon abuse de boissons alcooliques presque tous les jours. Elle admet n'être jamais intervenue directement auprès de lui parce qu'avec son précédent symptôme elle ne s'était jamais sentie dans la position de pouvoir le juger ou lui conseiller de se faire aider. Mais depuis qu'elle s'en est libérée, elle vit non seulement le problème de son compagnon comme une véritable maladie, mais elle se sent souvent seule et a réalisé que son « amant secret » représenté par le fait de manger et vomir (c'est souvent ainsi que ce symptôme est recadré pendant la thérapie) avait un rôle bien défini: c'était le plus grand plaisir qu'elle avait, peut-être son unique plaisir et, comme tous les plaisirs, il a laissé en disparaissant un vide à remplir.

En poursuivant le dialogue, il devient évident que ce vide est encore plus difficile à combler pour elle car depuis le début de sa relation avec cet homme, les rapports sexuels sont très rares à cause d'un problème d'impuissance. Le thérapeute demande alors à la patiente si, de son point de vue, son compagnon pourrait être intéressé à venir en thérapie, mais la dame répond immédiatement par la négative et réplique que c'est elle qui

24 On appelle « inconsciente » une personne qui, bien qu'elle mange et vomisse, n'a pas encore réalisé le caractère de plaisir extrême procuré par ce « rituel » (Nardone, Verbitz, Milanese, 2004).

ne veut absolument pas travailler sur ce problème. En disant cela, elle rougit et baisse les yeux.

Après lui avoir accordé une pause de silence nécessaire pour lui donner le courage et la volonté d'approfondir cet aspect, une partie fondamentale de son vécu émerge. À partir de l'âge de dix ans et pendant environ quatre ans, elle avait été abusée sexuellement par un ami de son père qui venait souvent chez eux. Dès son premier rapport sexuel « sain » avec un garçon de son âge, à dix-neuf ans, elle avait éprouvé pour la sexualité une sorte de répulsion qui l'avait conduite à fuir toute relation dès que cet aspect commençait à prendre une certaine importance. « Quand j'ai rencontré mon compagnon actuel, je me suis sentie rassurée en découvrant que la sexualité serait un aspect marginal de notre relation » affirme L.

Il n'y a rien de surprenant (du moins pour nous) à imaginer que la jeune femme ait construit avec le temps un symptôme comme le fait de manger et vomir, un substitut plausible bien que pathologique aux relations sexuelles. Même dans les cas où la sexualité est présente, ce symptôme prend petit à petit le dessus jusqu'à la remplacer complètement (Nardone, Verbitz, Milanese, 2004).

La jeune femme affirme avoir encore dans son esprit, après tant d'années, le souvenir plutôt vif de ces moments, en particulier dans les situations où elle a l'impression que son partenaire « exige » pour ainsi dire une relation sexuelle. En réalité, comme cela émergera plus tard, la patiente perçoit la quasi-totalité des prestations sexuelles comme étant exigées, puisqu'elle a construit sur son traumatisme une sorte de « paranoïa²⁵ » au sujet de la sexualité. En pratique, le seul fait de se rapprocher physiquement de son partenaire la met en alerte, elle vit chaque geste qui suit comme « pénible » puisque, comme elle le dit textuellement, « il vise certainement à arriver là... »

D'un commun accord avec L., décision est prise de commencer à travailler sur ce nouvel aspect du problème, en commençant tout d'abord par la faire décrire, dans son *roman du trauma*, les épisodes si douloureux qui affleurent encore trop souvent dans son esprit. La patiente affirme n'avoir

25 Nous entendons par « paranoïa » un système de perception-réaction basé sur la tendance à attribuer à l'extérieur des fautes et des responsabilités. Cette tendance débouche souvent sur la création d'une véritable réalité persécutrice.

pas envie de se rappeler des événements si traumatiques de sa vie mais la remarque du thérapeute la fait réfléchir : quoi qu'il en soit, et même si elle ne le veut pas, elle s'en souvient chaque fois qu'elle ne le voudrait pas.

L. ne vient pas seule à la séance suivante: elle est accompagnée de son ami, à qui elle a clairement parlé de son problème et demandé de collaborer (sans faire prévaloir une indication du thérapeute).

Il s'agit d'une thérapie encore en cours, que nous avons voulu citer pour la complexité des symptômes et des troubles qui se sont constitués avec le temps sur la base du traumatisme. Encore une fois, le fait de procéder du haut vers le bas a permis de dévoiler un événement passé que l'on aurait recherché inutilement si on l'avait fait avec une intention spécifique dès le début. Ce n'est qu'après avoir résolu - ou tout du moins débloqué - la pathologie prédominante et invalidante que nous pouvons être certains de faire travailler le patient sur une priorité effective et non supposée. Ce qui est à révéler sera ainsi découvert, et ce qui ne l'est pas ne sera pas inventé.

Chapitre 5

Le trouble de stress post-traumatique: approches comparées

Ne jamais rien entreprendre au hasard.

Marc-Aurèle

La plus grande partie des études dans le domaine clinique concernant l'efficacité et l'efficience des différents types de traitement pour le trouble de stress post-traumatique soulignent l'importance de recourir à des thérapies intégrées, c'est-à-dire à la combinaison de thérapies psycho-médicamenteuses et de psychothérapie. Cela nous amène à penser que de telles conclusions sont basées sur une efficacité non totalement satisfaisante des modèles psychothérapeutiques proposés et examinés par la littérature.

Nous voudrions brièvement illustrer ici les autres approches de psychothérapie du TSPT afin de pouvoir éclairer les principales différences d'avec le modèle stratégique que nous avons exposé jusqu'ici.

Un article récent du *British Medical Journal* résume les traitements psychothérapeutiques utilisables pour le trouble de stress post-traumatique en les répartissant en trois groupes principaux: les traitements de type cognitivo-comportemental ou purement cognitif, l'EMDR, la thérapie psycho-médicamenteuse.

Les traitements de type cognitivo-comportemental

Les premiers traitements développés dans ce domaine étaient strictement modélisés sur les théories de l'apprentissage, en particulier sur la désensibi-

lisation systématique de Wolpe (1958). Plus récemment, le courant cognitivo-comportemental s'est basé sur le modèle de l'élaboration émotionnelle, pour lequel un événement soudain et traumatique génère de la peur et de la panique (la peur de la peur), c'est-à-dire un évitement comportemental ou cognitif, rarement totalement efficace et qui, en un cercle vicieux, laisse place à des stimuli qui rappellent l'événement initial.

Les thérapies cognitivo-comportementales orientent l'intervention sur trois points principaux.

Avant tout, sur l'*exposition* à tout ce qui peut être corrélé à l'événement traumatique. Cette exposition peut avoir lieu de deux façons: dans l'imaginaire, où le sujet est invité à revivre ce qui s'est passé dans son esprit et à le raconter au thérapeute; cette manœuvre aurait pour objectif de faire en sorte que le patient perçoive sa peur comme quelque chose de contrôlé. Ou alors *in vivo*, où l'on demande au sujet de s'approcher concrètement et de manière progressive de toutes les situations anxiogènes qu'il évitait précédemment parce qu'en relation avec le trauma. Cette manœuvre est parfois réalisée avec l'« aide » concrète du thérapeute (tout au moins dans la phase initiale) ou d'un membre de la famille auquel on demande de collaborer. Plus récemment, certaines études ont introduit le recours à la réalité virtuelle pour supporter l'exposition progressive.

Par ailleurs, on enseigne dans ces thérapies de type cognitivo-comportemental des *techniques spécifiques de relaxation* et d'*éducation respiratoire*, afin que le patient sente qu'il a « le contrôle » de son symptôme et puisse se calmer et se tranquilliser dans les moments d'anxiété.

Le troisième point, qui n'est pas le moins utilisé, est appelé *stress inoculation training* (entraînement de vaccination au stress) et comprend diverses techniques avec des éléments de relaxation, blocage des pensées, dialogue intérieur guidé, rationalisation, attribution de nouvelles dénominations (« ré-étiquetage ») des sensations somatiques anxieuses et jeux de rôles - le tout en correspondance avec les images et les stimuli anxiogènes.

De notre point de vue, ce travail comportemental d'approche et d'exposition aux sources anxiogènes, déjà amplement utilisé par les comportementalistes pour tous les troubles anxieux, risque d'être trop « fort » pour les personnes souffrant de TSPT. L'idée de faire affronter non seulement la peur, mais aussi la colère et la douleur en y exposant directement les pa-

tients, comme c'est le cas dans les techniques que nous venons de citer, est susceptible, nous semble-t-il, d'augmenter considérablement la résistance au changement que ces patients manifestent naturellement comme conséquence logique de l'événement qu'ils ont vécu.

Le traumatisme est en effet non seulement chargé de peur mais également d'un mélange d'autres sensations qui, si on les « regarde en face » toutes ensemble de manière directe et apparemment « rationalisée », risquent d'amplifier la peur et la souffrance du patient.

C'est aussi pour cette raison que la thérapie stratégique privilégie une manœuvre, le *roman du trauma*, qui permet d'amener le patient à passer à travers la douleur et la peur liées à son traumatisme de manière plus douce et protégée. En effet, écrire met le patient dans la condition de décrire ce qui fait peur et génère de la douleur en le laissant à chaque fois sur le papier, en s'en libérant peu à peu; par ailleurs, le fait d'écrire est un moyen qui représente une sorte de « distraction » permettant de « sillonner la mer à l'insu du ciel » dans la confrontation avec le trauma. Bien qu'inévitablement pénible, le roman du trauma est une manœuvre bien plus douce que les techniques d'exposition de type comportementaliste, et il permet au patient d'être celui qui décide, chaque jour, de ce qu'il va écrire et comment il va l'écrire. Cette douceur nous semble indispensable dans le traitement de personnes qui ont déjà tant souffert et qui ont besoin d'une intervention particulièrement délicate et protectrice.

Les traitements de type cognitif

Ces modèles thérapeutiques visent à changer des « interprétations déformées », qui conduiraient le patient souffrant d'un TSPT à surestimer les menaces réelles.

Dans cette optique, le sujet est avant tout aidé à reconnaître ses pensées automatiques et spontanées liées à l'événement traumatique, des pensées qui sont souvent intrusives, rapides et instantanées. L'entraînement à percevoir ses propres pensées et attitudes devrait constituer la base d'un travail de révision et de modification de ses suppositions générales.

L'événement traumatique et toute la symptomatologie qui en découle

font donc l'objet d'une extrême rationalisation dans la tentative de recadrer l'impact de l'événement, comme les croyances à la base de la peur.

Par ce travail, le sujet devrait modifier ses propres schémas au profit d'explications alternatives plus réalistes, moins catastrophiques et plus adaptatives et concrètes.

Un rôle important est attribué aux membres de la famille (ou à un seul d'entre eux), dont il faut obtenir la collaboration pour qu'ils s'impliquent directement dans d'éventuelles futures procédures d'exposition en direct, comme nous l'avons dit précédemment, de même que pour la gestion des relations à la maison.

C'est donc un travail de rationalisation des événements et de prise de conscience du fonctionnement de la peur et de l'anxiété liées au trauma.

Le lecteur aura compris que cette vision du traumatisme se différencie de ce qui a été présenté jusqu'ici: en effet, dans le modèle stratégique, la prise de conscience est le point d'arrivée de toute la thérapie, pas le point de départ. Être conscient et bien « informé » de la manière dont le problème fonctionne est certainement un élément permettant de rassurer le patient qui peut être effrayé par ce qu'il éprouve et penser que ce n'est pas « normal »; il existe effectivement des preuves de l'utilité de la phase d'évaluation en thérapie cognitivo-comportementale pour réduire l'état initial d'anxiété et d'alerte chez les patients, en vertu de la « réassurance » indirecte d'avoir à disposition quelqu'un qui, puisqu'il assure un encadrement diagnostique, pourra ensuite proposer une thérapie efficace. Mais pour débloquer efficacement le cercle vicieux déclenché par les tentatives mises en œuvre par la personne pour réagir au trauma, la voie de la prise de conscience se heurte inévitablement à la résistance au changement de certaines sensations et émotions qui, surtout dans le cas du TSPT, débordent vraiment la raison. En d'autres termes, la peur se déclenche avant et plus vite que tout processus cognitif rationnel, et chercher à la dépasser au moyen d'une prise de conscience semble être une entreprise réellement titanesque.

L'EMDR (Eye Movement Desensitisation and Reprocessing)

Cette technique (littéralement « désensibilisation et réélaboration par le mouvement oculaire ») est née aux États-Unis il y a environ vingt-cinq ans et, malgré son nom, elle n'implique pas nécessairement le mouvement des yeux en tant que moment important de la thérapie.

Il s'agit de faire exécuter des procédures mécaniques de souvenir et d'évocation des expériences négatives (dans un protocole divisé en huit phases) pour amener le patient à s'habituer (à se « désensibiliser ») aux souvenirs traumatiques, en le distrayant (réélaboration active du souvenir) en lui faisant accomplir des mouvements rythmiques des yeux, ou par des tapotements ou des stimulations sonores.

Ce n'est qu'au début que son auteur, Francine Shapiro, pensait que les mouvements oculaires étaient la seule méthode pour faire en sorte que le cerveau ait l'énergie nécessaire pour réélaborer l'événement négatif; des stimulations sensorielles tactiles ou auditives ont été introduites par la suite (Shapiro, Forrest, 1997).

Dans le cas où l'on choisit le mouvement oculaire, la méthode consiste à soumettre le patient à plusieurs séries de ces mouvements oculaires tandis qu'il reste concentré sur les émotions négatives. Puis on répète le tout en le faisant se concentrer sur les conditions désirables. À chaque fois, on demande au sujet d'évaluer aussi bien son degré de mal-être que le degré d'authenticité ressentie de la condition désirable.

L'EMDR se base sur le présupposé selon lequel les traumatismes ou les pertes non résolues peuvent inhiber l'élaboration normale des souvenirs en interférant avec les mécanismes d'enregistrement et d'emmagasinement des informations.

Le traumatisme serait « piégé » dans le réseau neuronal avec les émotions, convictions et sensations physiques en cours au moment de l'événement. Par conséquent, si l'on évoque le souvenir traumatique dans toutes ses composantes (visuelle, émotionnelle, cognitive et physique), on stimule le système adaptatif (c'est-à-dire fonctionnel) en déplaçant le souvenir vers une résolution positive).

Cette technique est souvent intégrée aux thérapies cognitivo-comportementales, mais de notre point de vue elle devrait plutôt s'inscrire dans les

thérapies de type hypnotique. Si nous analysons concrètement le processus thérapeutique, il apparaît clairement qu'il consiste en l'induction d'une sorte de « suggestion hypnotique » à l'intérieur de laquelle la personne est guidée de manière à éprouver toute une série d'émotions positives à substituer aux émotions négatives du trauma.

Des recherches récentes (Gunter, Bodner, 2008) affirment que les mouvements oculaires sont simplement une sorte de « distracteur moteur » avec une légère charge suggestive (un aspect qui augmenterait son effet placebo) apte à diminuer l'anxiété durant l'exposition imaginative au souvenir du trauma.

De ce point de vue, l'EMDR créerait un effet de type « cathartique » qui, comme tous les processus de catharsis libératrice, produit généralement un bon résultat immédiat mais se dissipe souvent avec le temps.

Cette hypothèse a été validée par de nombreuses études (voir le numéro spécial du *Journal of Anxiety Disorder*, 1999), qui ont donné naissance à ce qu'on appelle aujourd'hui la « controverse EMDR », un courant de la recherche qui semble confirmer l'idée de la non persistance dans le temps des effets de cette technique.

D'un autre côté, toute manœuvre de déblocage, si elle n'est pas suivie d'un travail de réorganisation fonctionnelle du système de perception-réaction de la personne, court le risque de voir ses effets s'évanouir à la première difficulté rencontrée. En d'autres termes, si l'on ne guide pas le patient pour l'amener à créer un nouvel équilibre fonctionnel qui se substitue à l'équilibre dysfonctionnel précédent, il est très probable que l'on assiste à des rechutes et à la réapparition des symptômes.

Et c'est cela qui représente pour nous la principale différence entre la mise au point d'un protocole de traitement pour guérir le TSPT, c'est-à-dire d'un modèle séquentiel composé de stades spécifiques avec des objectifs et des techniques spécifiques pour chaque stade, et la création d'une « simple technique » comme celle de l'EMDR, qui peut produire une amélioration initiale rapide de la situation symptomatique du patient, mais qui n'amène pas de résolution réelle et définitive du problème.

Une dernière donnée nous semble digne d'être relevée: la quasi-totalité de la recherche sur l'efficacité de l'EMDR en psychothérapie est liée au traitement du TSPT, mais les études éliminent presque toujours des échantillons expérimentaux une partie importante des sujets à cause de la comor-

bidité. Comme nous l'avons déjà souligné, le TSPT se présente en effet en concomitance avec d'autres pathologies en fonction de pourcentages qui varient entre 62 pour cent et 92 pour cent en fonction des études (Davidson *et al.*, 1991; Shore *et al.*, 1989).

On pourrait en déduire que l'utilisation de l'EMDR pour le trouble de stress post-traumatique pourrait ne pas être suffisamment adéquate en cas de comorbidités spécifiques ou alors dans le traitement de troubles graves non identifiables comme TSPT mais faisant en général partie du spectre post-traumatique ou des syndromes post-traumatiques, dont la diversité et la complexité vont bien au-delà du diagnostic de TSPT (Bremner, 2002; Giannantonio, 2003; van der Kolk, 1994; Wilson, Friedman, Lindy, 2004).

La thérapie psychopharmacologique

La thérapie psychopharmacologique est généralement conseillée en combinaison à une psychothérapie. Il faut souligner que les principes de thérapie psychopharmacologique du TSPT ont subi dernièrement d'importants changements. Les thérapies à visée anxiolytique et sédatrice utilisées dans le passé sont désormais dépassées et même considérées dans certains cas comme préjudiciables.

Les systèmes dopaminergique, noradrénergique, sérotoninergique, GABAergique et opiatergique sont impliqués dans le TSPT, et il existe des preuves de l'implication d'autres systèmes, tels que le système peptidergique et le système glutamatergique. De récentes données cliniques suggèrent que les médicaments pro-sérotoninergiques (les antidépresseurs tricycliques et les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine, par exemple) peuvent être efficaces sur des dimensions par ailleurs difficiles à traiter, comme les symptômes intrusifs et d'évitement.

Les symptômes positifs comme les flashback, l'hyperactivation, les cauchemars et l'anxiété semblent en revanche être améliorés par des agents *antikindling* comme le Valproate ou la Carbamazépine.

Le spectre des symptômes qui accompagnent habituellement ce trouble étant large, une thérapie pharmacologique qui voudrait tous les couvrir serait extrêmement lourde.

Les résultats de notre recherche-intervention

À la lumière de ce qui a été exposé jusqu'ici, ce qui nous a poussés à formuler notre protocole de traitement du TSPT a été en premier lieu la nécessité de trouver une méthode rigoureuse qui permette de changer un souvenir et qui évite le recours à la rationalisation, à l'effet cathartique ou à la simple désensibilisation systématique.

Nous n'étions pas intéressés à trouver une technique unique mais à mettre au point un véritable protocole de traitement pour ce type de trouble, c'est-à-dire un ensemble de stratégies, techniques et tactiques d'intervention organisées selon différents stades et qui respectent nos critères habituels d'efficacité et d'efficience (Nardone, Watzlawick, 1993; Watzlawick, Nardone, 2000; Nardone, Portelli, 2012).

Le travail réalisé au Centre de thérapie stratégique se caractérise depuis maintenant trente ans par un constant effort d'amélioration des instruments d'intervention à travers une recherche systématique basée sur la pratique clinique quotidienne. Ces quinze dernières années, nous nous sommes donc intéressés à l'étude de ce trouble qui semble en constante augmentation.

Comme ce qui s'est passé précédemment pour les autres types de troubles, nous avons également mené une recherche-intervention (voir le chapitre 1) pour le TSPT, qui nous a conduits à la mise au point du protocole de traitement, soumis à vérification sur cent deux cas.

Ce protocole a montré une efficacité globale de 89 pour cent, ce qui signifie, dans le cas de ce trouble particulier, que 89 pour cent des patients qui ont commencé la thérapie l'ont menée à terme avec succès²⁶. Dans ce pourcentage, 7 pour cent des sujets avaient momentanément suspendu le traitement pour le reprendre ensuite, parce qu'ils avaient été initialement « effrayés » par le fait de devoir appliquer une prescription en apparence douloureuse. Tous les patients ayant mené la thérapie à son terme ont résolu

26 Dans le calcul de l'efficacité thérapeutique, nous avons l'habitude de distinguer cinq types de résultats: les *cas résolus* (avec une résolution complète du problème et une absence de rechute sur une période d'un an ; les *cas très améliorés* (rémission complète des symptômes avec quelques réactivations symptomatiques sporadiques relevées lors des séances de suivi) ; les *cas peu améliorés* (avec une réduction partielle de la symptomatologie et des moments critiques fréquents relevés lors des séances de suivi) ; les *cas inchangés* (aucun changement) ; les *cas aggravés*.

leur problème avec succès avec une moyenne de neuf séances et une variabilité comprise entre trois et vingt-sept séances de thérapie.

Il est surtout important de souligner une caractéristique particulière des résultats de ce protocole de traitement pour ce type de trouble: à la différence de tous les autres problèmes traités (et pour lesquels des résultats ont été publiés), il n'existe pas ici de cas « améliorés ».

Cela signifie que les patients qui ont suivi la thérapie pour un trouble de stress post-traumatique en ont soit résolu complètement la symptomatologie grâce à l'application des prescriptions, soit ont abandonné (dans 11 pour cent des cas) le travail avant la dixième séance.

La première remarque importante que l'on peut faire sur l'efficacité concerne le fait que toutes les personnes qui ont suivi le parcours thérapeutique dans son entièreté ont fait état d'une totale disparition du problème présenté et d'une absence de rechute dans l'année qui a suivi la fin du traitement, signe de l'extrême efficacité du protocole de traitement pour ce type de problème.

En parallèle, la grande variabilité de la durée du traitement semble liée à la difficulté, souvent rencontrée par le thérapeute, à faire suivre au patient la manœuvre de déblocage, à savoir la prescription du *roman du trauma*. Comme nous l'avons déjà mentionné, certains patients peuvent effectivement résister pendant de nombreuses séances à exécuter une tâche qui les oblige à s'exposer, bien que de manière « protégée », à la douleur et à la peur liées au traumatisme vécu. Cette résistance peut s'exprimer soit en manifestant le refus de mettre l'indication en pratique, soit en l'exécutant de manière « sommaire ». En effet, de nombreux patients commencent à écrire le roman mais ils le font de façon superficielle, en se limitant à un historique froid et succinct des événements, comme énième tentative de chasser les souvenirs et les terribles sensations liées au trauma. Comme nous l'avons rappelé plusieurs fois, il est en revanche essentiel que la personne s'autorise à s'attarder sur les détails, surtout sur les plus douloureux ou les plus effrayants, et soit disposée à mettre sur le papier les vagues émotionnelles par lesquelles elle se sent emportée pour que la manœuvre puisse faire effet.

Quand on va à la recherche des études cliniques relatives à l'efficacité et à l'effcience des différentes psychothérapies, on se heurte inévitablement à un fait: chaque traitement est désormais comparé à la thérapie cognitivo-

comportementale, car celle-ci est la seule que la communauté scientifique considère comme *evidence based* (« basée sur des preuves »). Cette récurrence fréquente ne doit pas être confondue avec une supériorité: ce type de thérapie ne s'avère pas être une « superthérapie », et de récentes analyses comparatives ont démenti une supériorité présumée sur les autres approches (Hansen, 2005; Parker, Roy, Eysers, 2003; McIntosh *et al.*, 2005). On peut par ailleurs discuter les modalités de sélection de ces « preuves » (Castelnuovo, Faccio, Molinari, Nardone, Salvini, 2005) et le fait qu'une analyse des divers types de traitement puisse donner des résultats allant d'un « tout fonctionne » à « ne fonctionne que ce qui est évalué par l'instrument considéré comme fiable ». Nous ne voulons pas ouvrir ici un débat sur la manière dont le besoin d'une *evidence based medicine* (une médecine basée sur des preuves) a conduit à la construction d'instruments de mesure aptes à auto-confirmer, à l'intérieur d'une approche, sa validité même en tant que méthode thérapeutique, mais seulement faire une mise à jour (certes un peu provocante).

En reprenant donc les résultats fournis par diverses études publiées (qui concernent presque toutes la thérapie cognitivo-comportementale) sur l'efficacité et l'efficience des psychothérapies pour ce type de problème, nous nous penchons sur les indices d'abandon de la thérapie (ce qu'on appelle les *drop-out*). En effet, nous considérons ces pourcentages comme un critère particulièrement important, aussi bien de l'approche thérapeutique elle-même que de l'instrument avec lequel l'approche est mesurée.

À cet égard, deux niveaux sont à prendre en considération.

Le premier, purement statistique, nous permet d'affirmer que le taux d'abandon de la thérapie (*drop-out*) est véritablement plus bas en thérapie brève stratégique que celui rapporté pour les autres types de traitement plus exposants, comme par exemple l'approche comportementale de désensibilisation ou d'exposition *in vivo*. Certaines études parlent de pourcentages allant jusqu'à 46 pour cent de *drop-out*. Power *et al.* (2002) rapportent effectivement un pourcentage de 43 pour cent d'abandon de la thérapie avant son terme dans le cadre du traitement cognitivo-comportemental, tandis qu'une étude de 1993 de Fisher, Winne et Ley parle de 41 pour cent de *drop-out* dans la thérapie de groupe. L'association psychothérapie de soutien et médicaments ne montre pas de meilleurs résultats: une étude de Burstein

(1986) rapporte que 46 pour cent des patients abandonnent avant la fin. Une étude plus récente (Busko, Hien T. Nghiem, 2008), réalisée sur quatre-vingt-dix survivants d'un traumatisme, fait état de résultats bien meilleurs, qui reviennent tout de même à près de 23 pour cent de drop-out. L'une des études les plus vastes de méta-analyse (Bradley *et al.*, 2005) concernant le traitement du TSPT, qui comprenait vingt-six études pour un total de quarante-quatre types de traitement et mille cinq cent trente-cinq patients, rapporte 22 pour cent de drop-out: de bons résultats, certes, mais qui sont loin d'atteindre les chiffres de notre étude de recherche-intervention.

Le deuxième niveau correspond quant à lui à un autre type de réflexion. En limitant l'analyse aux études que nous venons de citer, une différence substantielle avec le modèle stratégique apparaît: ces études considèrent comme drop-out un abandon du traitement qui survient avant la vingtième séance, alors que dans notre cas, nous parlons de drop-out à condition qu'il se produise entre les trois premières séances. Cette donnée, qui pourrait sembler d'importance toute relative à un profane, est en revanche cruciale au niveau de l'analyse des résultats. L'abandon de la thérapie dans les trois premières séances doit être en effet considéré comme un échec purement « relationnel », et non comme un échec « thérapeutique » (lequel serait un échec au niveau de la stratégie de l'intervention). Nous ne pouvons pas affirmer qu'une thérapie ne fonctionne pas si elle est abandonnée entre les trois premières séances, mais nous pouvons dire que le thérapeute n'a pas réussi à instaurer un niveau relationnel qui puisse amener le patient à suivre ses indications. Mais que dire d'un patient qui suit un thérapeute pendant vingt séances sans voir aucun résultat et, seulement alors, décide de laisser tomber? C'est le thérapeute qu'il faudrait complimenter, puisque seule une belle relation peut faire en sorte qu'un patient n'abandonne pas après si longtemps!

Sans vouloir nous montrer polémiques, la provocation nous sert seulement à souligner la différence entre un échec relationnel (le drop-out, précisément) et un échec de l'entière intervention thérapeutique (relation, stratégie et communication toutes ensemble). Pour que l'on puisse parler de drop-out il doit y avoir un échec au niveau relationnel et non au niveau du protocole d'intervention, et l'abandon doit donc avoir lieu dans les premières séances, un laps de temps pendant lequel la stratégie pourrait ne pas encore avoir porté ses fruits.

Que dire alors d'un instrument de mesure qui croit évaluer une relation (basée sur les drop-out) mais qui au contraire évalue un traitement (puisqu'après tant de séances, c'est bien le traitement qui ne fonctionne pas)?

Pour revenir à nos données, notre étude montre clairement que la possibilité d'intervenir efficacement sur ce type de trouble est strictement corrélée à la capacité du thérapeute de faire en sorte que le patient soit disposé à appliquer la prescription « principale » du traitement, à savoir le *roman du trauma*. Tous ceux qui ont exécuté à la lettre les indications du thérapeute, surtout dans la direction de la compilation du *roman du trauma*, se sont effectivement débloqués et ont résolu le problème pour lequel ils étaient venus en thérapie. Cela revient à dire que si la thérapie n'est pas abandonnée avant qu'elle puisse faire effet (nos 11 pour cent d'abandon), elle conduira à la résolution du problème (nos 89 pour cent).

Encore une fois, nous prenons la complète responsabilité de l'échec: compte tenu de ce que nous avons dit jusqu'ici, les cas où la thérapie échoue sont les échecs du thérapeute et non du protocole. Comme les *drop-out* sont nos échecs, le thérapeute devra assumer la totale responsabilité de l'abandon de la thérapie de la part du patient, et renoncera ainsi à l'auto-tromperie, peut-être trop répandue dans le domaine de la psychothérapie, selon laquelle il existe des concepts tels qu'un « manque de motivation » au changement de la part du patient ou son « manque de volonté à collaborer ». Un doute devrait quoi qu'il en soit jaillir spontanément chez quiconque a eu affaire à des personnes ayant survécu à une expérience traumatique: est-il possible qu'elles soient réellement peu motivées? La réponse, nous la trouvons déjà dans ce qui a été décrit jusqu'ici ou dans les paroles et les récits de ceux qui savent ce que cela peut signifier.

Une personne qui a subi un traumatisme est prête à tout... pour autant que cela fonctionne. Peut-être, à la différence d'autres types de trouble, ceux qui sont porteurs d'un symptôme si douloureux ne sont pas disposés à suivre un traitement inutile pendant très longtemps. Peut-être, davantage encore que dans le cas d'autres types de symptomatologie, faut-il réfléchir sur le « danger » qu'il pourrait y avoir à insister avec des instruments qui n'amènent pas à des résultats immédiats. Peut-être faut-il aussi se demander ce qu'il advient de ces 46 ou 22 pour cent de personnes qui, d'après certaines études (comme celles citées précédemment), essaient encore et en-

core de s'exposer *in vivo* à une situation terrifiante sans l'avoir élaborée et se retrouvent contraintes de fuir.

Ayant ainsi à sa disposition un instrument si efficace et efficient du point de vue de la stratégie d'intervention et un patient hautement « motivé » à changer (il ne pourrait l'être davantage), le thérapeute, pour mener à bien l'objectif qu'il s'est fixé, devra surtout se focaliser sur ses propres capacités communicationnelles et relationnelles, qui constituent la ligne de démarcation entre une intervention pleinement réussie et l'échec thérapeutique. Par conséquent, chaque thérapeute devra prendre la responsabilité de son échec thérapeutique, que celui-ci ait lieu à la première séance ou à la huitième.

À la lumière de ce qui vient d'être dit, nous pouvons affirmer que le protocole du trouble de stress post-traumatique représente le résultat de nombreuses années d'étude sur de multiples mécanismes de maintien du problème et que, comme c'est souvent le cas, il nous a permis de générer un résultat en apparence « magique ». Et c'est justement cet aspect magique qui, s'avérant stupéfiant d'un certain côté, pourrait sembler trop peu « technique » d'un autre.

Mais les lecteurs qui sont déjà familiarisés avec l'approche stratégique savent que les solutions apparemment simples cachent des études rigoureuses; ces dernières permettent à ce qui pourrait sembler être l'« intuition géniale » d'un seul thérapeute de devenir quelque chose de reproductible et de transmissible.

Ce n'est qu'ainsi que le mot « magique » peut être synonyme de « technologie ».

Postface

de Giorgio Nardone

Je n'ai rien à ajouter à cette présentation du trouble de stress post-traumatique et de son traitement, que Federica Cagnoni et Roberta Milanese ont mise en lumière de la manière la plus complète et la plus accessible possible.

Ces deux enseignantes d'envergure internationale ont parfaitement su exposer les fruits de l'une des recherches-interventions récentes conduites au Centre de thérapie stratégique d'Arezzo.

Voilà pourquoi je considère que la meilleure façon de contribuer à ce travail consiste simplement à rappeler au lecteur que le contenu de ce livre et de tous les autres volumes de la série, publiés au cours des vingt-cinq dernières années par mes collaborateurs et moi-même, ne sont pas l'expression littéraire ou interprétative impromptue de l'un des nombreux penseurs de service, mais le produit de recherches systématiques dans le domaine clinique orientées vers l'étude spécifique des pathologies les plus récurrentes et vers leur thérapie brève. Ce qui a été présenté ici est donc le résultat d'une patiente recherche empirique et expérimentale, qui a conduit à la mise au point d'un modèle d'intervention efficace et efficient pour la pathologie en question et qui peut être appris et répliqué. Le lecteur doit en effet savoir que pendant de nombreuses années, les détracteurs de la psychothérapie brève stratégique l'ont présentée comme une sorte de « maquillage symptomatique » ou comme une thérapie superficielle, incapable de transformer les causes passées d'un problème parce qu'elle était focalisée sur le présent et le futur.

Avec le TSPT, en revanche, nous avons la démonstration claire et sans équivoque qu'une approche focalisée sur un changement rapide peut être aussi appliquée à la modification des perceptions du passé, déterminant ainsi le changement des réactions au présent.

Cela signifie que, même dans le cas de traumatismes qui laissent une trace indélébile dans la mémoire, il est possible d'intervenir à travers une psychothérapie brève, qui n'en efface pas le souvenir mais en recadre la perception au présent, de sorte que ce qui a été vécu de manière traumatique est remis dans le passé et cesse d'envahir le présent et d'empêcher le déroulement du futur.

Nul ne peut changer le passé, mais nous pouvons tous changer les effets du passé sur le présent. De victimes de notre destin nous pouvons en devenir les auteurs; comme l'affirme Ortega y Gasset, l'homme n'a pas une nature mais seulement une histoire, et chacun devient le narrateur de son propre roman.

Bibliographie

- Alexander F., French T. M., *Psychoanalytic Therapy*, Ronald Press, New York, 1946. Edition française : *Psychothérapie analytique, principes et application*, Presses Universitaires de France/Bibliothèque de psychiatrie, Paris, 1959.
- American Psychiatric Association, *DSM III : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (troisième édition), Washington, DC, 1980.
- American Psychiatric Association, *DSM IV : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (quatrième édition), Washington, DC, 1994.
- American Psychiatric Association, *DSM V : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (cinquième édition), Washington, DC, 2015.
- American Psychiatric Association, *MiniDSM V – Critères diagnostiques*, Elsevier-Masson, Issy-les-Moulineaux, 2016.
- Avina C., O'Donohue W., *Sexual Harassment and PTSD : Is Sexual Harassment Diagnosable Trauma ?* Journal of Traumatic Stress, 15, 2002, pp. 69-75.
- Bandura A., *Auto-efficacité - le sentiment d'efficacité personnelle*, De Boeck, Louvain-la-Neuve, 2002.
- Baranello M., *Introduzione al concetto di trauma*, S.Psi.R., 2001.
- Bartoletti A., Milanese R., Cagnoni F., Portelli C., Nardone G., *Brief Strategic Therapy of PTSD*, Brief Strategic and Systemic Therapy European Review, 2009, 1^{ère} édition.
- Bisson J., Andrew M., *Psychological Treatment of Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD)*, Cochrane Database Syst. Rev. (3), 2007.
- Bradley R., Greene J., Russ E., Dutra L., Westen D., *A Multidimensional Meta-Analysis of Psychotherapy for PTSD*, American Journal of Psychiatry, 162, pp. 214-227, 2005.
- Bremner J. D., *Does Stress Damage the Brain ? Understanding Trauma-Related Disorders from a Mind-Body Perspective*, Guilford Press, New York, 2002.
- Brewin C. R., *Cognitive Change Processes in Psychotherapy*, Psychological Review, 1989.
- Burstein A., *Treatment Noncompliance in Patients with Posttraumatic Stress Disorder*, Psychosomatics, 27, 1986, pp. 37-40.
- Busko M., Nghiem H. T., *Exposure Therapy May Help Prevent PTSD in Trauma Survivors With Acute Stress Disorder*, Arch. Gen. Psychiatry, 65, 2008, pp. 659-667.
- Cash A., *Posttraumatic Stress Disorder : A Concise Guide to Mental Health*, John Wiley & Sons Inc., New Jersey, 2007.
- Castellnuovo G., Faccio E., Molinari E., Nardone G., Salvini A., *A Critical Review of Empirically Supported Treatments (ESTS) and Common Factors Perspective in Psychotherapy*, Brief Strategic and Systemic Therapy European Review, 2004, pp. 208-224.

- Dalgeish T., « Cognitive Theories of Post-Traumatic Stress Disorder » in Yule W., *PTSD : Concepts and Therapy*, Wiley, New York, 1999.
- Davidson J. R. T., Hughes D., Blazer D. et al., *Posttraumatic Stress Disorder in the Community : An Epidemiological Study*, *Psychological Medicine*, 21, 1991, pp. 1-19.
- De Shazer S., *Clés et solutions en thérapie brève*, SATAS, Bruxelles, 2009.
- De Shazer S., *Explorer les solutions en thérapie brève*, SATAS, Bruxelles, 2009.
- Difede J., Cukor J., Jayasinghe N., Patt I., Jedel S., Spielman L. et al., *Virtual Reality Exposure Therapy for the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder Following September 11, 2001*, *Clin. Psychiatry* 68 (11), 2007, pp. 1639-1647.
- Difede J., Cukor J., Patt I., Giosan C., Hoffman H., *The Application of Virtual Reality to the Treatment of PTSD Following the WTC Attack*, *Ann. N.Y. Acad. Sci.*, 1071, 2006, pp. 500-501.
- Erickson M. H., Rossi E., L., *L'intégrale des articles de Milton Erickson sur l'hypnose*, tomes 1 à 4, SATAS, Bruxelles, 1999-2001.
- Fiorenza A., Nardone G., *L'intervento strategico nei contesti educativi*, Giuffrè, Milan, 1995.
- Fisher P. M., Winne P. H., Ley, R. G., *Group Therapy for Adult Women Survivors of Child Sexual Abuse : Differentiation of Completers Versus Dropouts*, *Psychotherapy : Theory, Research, Training*, 30, 1993, pp. 616-624.
- Foa E. B., Zinbarg R., Rothbaum B. O., *Uncontrollability and Unpredictability in Post-Traumatic Stress Disorder : An Animal Model*, *Psychological Bulletin*, 112, 1992, pp. 218-238.
- Foerster H. von, « On Constructing a Reality », in W.F.E. Preiser (dir.), *Environmental Design Research*, Dowden, Hutchinson & Ross, Stroudsburg, vol. 2, 1973, pp. 35-46. Traduction française : « La construction d'une réalité », in Watzlawick P. (dir.), *L'invention de la réalité*, Seuil, Paris, 1988.
- Frankl V., *Man's Search for Meaning*, 1946, réédité par Washington Square Press, Washington, 1984. Edition française : *Découvrir un sens à sa vie*, J'ai Lu, 2013.
- Freud A., *Le Moi et les mécanismes de défense*, 15^e édition, PUF, Bibliothèque de psychanalyse, Paris, 2001.
- Giannantonio M., *Psicotraumatologia e psicologia dell'emergenza*, Ecomind, Salerne, 2003.
- Gielen U. (dir.), *International Perspectives on Human Development*, Pabst Science Publishers, Miami, pp. 379-399.
- Giordano P., *La solitude des nombres premiers*, Points, Paris, 2011.
- Glasersfeld E. von, « Une introduction au constructivisme radical », in Watzlawick P. (dir.), *L'invention de la réalité*, Seuil, Paris, 1988.
- Glasersfeld E. von, *Radical Constructivism, a Way of Knowing and Learning*, The Falmer Press, Londres, 1995.
- Grotberg E. H., « The International Resilience Research Project » in Communion A. L., Gielen U. (dir.), *International Perspectives on Human Development*, Pabst Science Publishers, Miami, 2001, pp. 379-399.

- Gunter R. W., Bodner G. E., *How Eye Movements Affect Unpleasant Memories: Support for a Working-Memory Account*, Behavior Research and Therapy, 46 (8), 2008, pp. 213-231.
- Haley J., *Un thérapeute hors du commun*, Milton H. Erickson, Desclée de Brouwer, Paris, 1991.
- Hansen B., *The Dodo Manifesto*, Australian and New Zealand Journal of Family Therapy, 26, 2005, pp. 210-218.
- Horowitz M. J., *Stress Response Syndromes*, Jason Aronson, Northvale, N.J., 1996.
- ICD-10 (OMS, 2003), *Report on Violence and Health*. Retr. le 15 février 2005 depuis <http://www.who.int>.
- Janet P., *L'automatisme psychologique : Essai de psychologie expérimentale sur les formes inférieures de l'activité humaine (1889)*, L'Harmattan, Paris, 2005.
- Janssen T., *La solution intérieure. Vers une nouvelle médecine du corps et de l'esprit*, Fayard, Paris, 2006.
- Joseph S., « Attributional Processes, Coping and Post-Traumatic Stress Disorders » in Yule W. (dir.), *Post-Traumatic Stress Disorders : Concept & Therapy*, Wiley, New York, 1999.
- Josman N., Somer E., Reisberg A., Weill P. L., Garcia-Palacios A., Hoffman H., *Bus-World : Designing a Virtual Environment for Post-Traumatic Stress Disorder in Israel : A Protocol*, Cyberpsychol. Behav., 9 (2), 2006, pp. 241-244.
- Kinzie J. D., Goetz R. R., *A Century of Controversy Surrounding Posttraumatic Stress-Spectrum Syndromes : The Impact of DSM-III and DSM-IV*, Journal of Traumatic Stress, 9, 1996, pp. 159-179.
- Kohut H., *Le Soi*, PUF (4^e édition), Paris, 2004.
- Kulka R. A., Schlenger W. E., Fairbank J. A., Jordan B. K., Hough R. L., Marmar C. R., Weiss D. S., *Trauma and the Vietnam War Generation*, Brunner-Mazel, New York, 1990.
- Levinas E., *Dieu, la mort et le temps*, Le Livre de Poche, 1995.
- Lewin K., *Action Research and Minority Problem*, J. Soc. Issues, 2 (4), 1946, pp. 34-46.
- Lynn S. J., Cardena E., *Hypnosis and the Treatment of Posttraumatic Conditions : An Evidence-Based Approach*, Int. J. Clin. Exp. Hypn., 55 (2), 2007, pp. 167-188.
- Loriedo C., Nardone G., Watzlawick P., Zeig J. K., *Strategie e stratagemmi nella psicoterapia. Tecniche ipnotiche e non ipnotiche per la soluzione, in tempi brevi, di problemi complessi*, FrancoAngeli, Milan, 2002.
- Madanes C., *Stratégies en thérapie familiale*, ESF., Issy-les-Moulineaux, 1991.
- Madanes C., *Derrière la glace sans tain*, ESF., Issy-les-Moulineaux, 1988.
- Marbly N., « But You Weren't There », in Williams T. (dir.) *Post-Traumatic Stress Disorders : A Handbook for Clinicians*, Disabled American Veterans, Cincinnati, OH, 1987.
- McIntosh V. V. et al., *Three Psychotherapies for Anorexia Nervosa : A Randomized, Controlled Trial*, AM. J. Psychiatry, 162, 2005, pp. 741-747.
- McNally R. J., *Remembering Trauma*, Harvard University Press, Cambridge, MA, 2003.

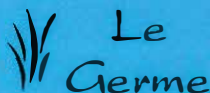
- Milanese R., Mordazzi P., *Coaching strategico : trasformare i limiti in risorse*, Ponte alle Grazie, Milan, 2007.
- Muriana E., Pettenò L., Verbitz T., *I volti della depressione*, Ponte alle Grazie, Milan, 2006.
- Nardone G., *Suggestione → Ristrutturazione = Cambiamento. L'approccio strategico e costruttivista alla psicoterapia breve*, Giuffrè, Milan, 1991.
- Nardone G., *Peur, panique, phobies*, L'Esprit du Temps, Le Bouscat, 1996.
- Nardone G., « Conoscere un problema mediante la sua soluzione : i sistemi percettivo-reattivi patogeni e la psicoterapia strategica », in Pagliaro G., Cesa-Bianchi M. (dir.), *Nuove prospettive in psicoterapia e modelli interattivo-cognitivi*, FrancoAngeli, Milan, 1995.
- Nardone G., *Psychosolutions* (réédition), Enrick B. Editions, Paris, 2015.
- Nardone G., *Non c'è notte che non veda il giorno*, Ponte alle Grazie, Milan, 2003a.
- Nardone G., *Al di là dell'amore e dell'odio per il cibo*, Rizzoli, Milan, 2003b.
- Nardone G., *Le régime paradoxal*, SATAS, Bruxelles, 2010.
- Nardone G., *Cambiare occhi toccare il cuore*, Ponte alle Grazie, Milan, 2007.
- Nardone G., *Sillonner la mer à l'insu du ciel*, SATAS, Bruxelles, 2012.
- Nardone G., *Dépasser les limites de la peur*, Enrick B. Editions, Paris, 2016a.
- Nardone G., *La peur de décider*, SATAS, Bruxelles, 2016b.
- Nardone G., Cagnoni F., *Perversioni in rete*, Ponte alle Grazie, Milan, 2002.
- Nardone G., Cagnoni F., « La terapia breve strategica della sindrome da attacchi di panico », in Rovetto F. (dir.), *Penico. Origini, dinamiche, terapie*, Mc Graw-Hill, Milan, 2003.
- Nardone G., de Santis G., *Cogito ergo soffro*, Ponte alle Grazie, Milan, 2011.
- Nardone G., Portelli C., *La connaissance par le changement*, SATAS, Bruxelles, 2012.
- Nardone G., Portelli C., *Obsessions, compulsions, manies*, SATAS, Bruxelles, 2016.
- Nardone G., Rampin M., *La mente contro la natura*, Ponte alle Grazie, Milan, 2005.
- Nardone G., Watzlawick P., *L'art du changement. Thérapie stratégique et hypnothérapie sans transe*, L'Esprit du Temps, Le Bouscat, 1993.
- Nardone G., Watzlawick P., *Advanced Brief Therapy*, Jason Aronson, New York, 2000.
- Nardone G., Watzlawick P., *Brief Strategic Therapy : Philosophy, Technique and Research*, Rowman & Littlefield Publishers, Lanham, MD, 2005.
- Nardone G., Cagnoni F., Milanese R., *The Strategic Treatment of Post Traumatic Stress Disorder*, in Journal of Brief Strategic and Systemic Therapies, 2, 2007.
- Nardone G., Giannotti E., Rocchi R., *Modelli di famiglia*, Ponte alle Grazie, Milan, 2001.
- Nardone G., Portelli C., Bartoletti A., *The Perceptive-Reactive System of Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD)*, in Journal of Brief Strategic and Systemic Therapies, 2, 2007.
- Nardone G., Verbitz T., Milanese R., *Manger beaucoup, à la folie, pas du tout : la thérapie stratégique face aux troubles alimentaires*, Seuil, Paris, 2004.
- Nardone G., Mariotti R., Milanese R., Fiorenza A., *La terapia dell'azienda malata - Problem-solving strategico per organizzazioni*, Ponte alle Grazie, Milan, 2000.

- Orr S. P., Lasko N. B., Shalev A. Y., Pittman R. K., *Physiological Responses to Loud Tones in Vietnam Veterans with Post-Traumatic Stress Disorder*, Journal of Abnormal Psychology, 104, 1995, pp. 75-82.
- Pancheri P., Cassano G. B., *Trattato italiano di psichiatria*, Masson, Milan, 1992.
- Parker G., Roy K., Eysers K., *Cognitive Behavior Therapy for Depression ? Choose Horses for Courses*, Am. J. Psychiatry, 160, 2003, pp. 825-834.
- Pazzagli A., Biondi M., « Disturbi dell'Adattamento, Disturbo Acuto da Stress e Disturbo Post-traumatico da Stress », in Cassano G. B., Pancheri P. (dir.), *Trattato italiano di psichiatria*, Masson, Milan, 1992, pp. 2291-2324.
- Piaget J., *La construction du réel chez l'enfant*, Delachaux et Niestlé, Neuchâtel, Paris, 1937.
- Power K., McGoldrick T., Brown K., Buchanan R., Sharp D., Swanson V. et al., *A Controlled Comparison of Eye Movement Desensitization and Reprocessing Versus Exposure Plus Cognitive Restructuring Versus Waiting List in the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder*, Clinical Psychology and Psychotherapy, 9, 2002, pp. 299-318.
- Rizzo A., Pair J., McNerney P. J., Eastlund E., Manson B., Gratch J. et al., *Development of a VR Therapy Application for Iraq War Military Personnel with PTSD*, Stud. Health Technol. Inform., 111, 2005, pp. 407-413.
- Rotschild B., *The Body Remembers : The Psychophysiology of Trauma and Trauma Treatment*, W.W. Norton, New York, 2000.
- Roy M. J., Sticha D. L., Kraus P. L., Olsen D. E., *Simulation and Virtual Reality in Medical Education and Therapy : A Protocol*, Cyberpsychol. Behav. 9 (2), 2006, pp. 245-247.
- Selye H., *A Syndrome Produced by Diverse Nocuous Agents*, Nature, 138, 1936, pp. 30-32.
- Shalev A. Y., Peri T., Canetti L., Schreiber S., *Predictors of Post-Traumatic Stress Disorders in Injured Trauma Survivors : A Prospective Study*, American Journal of Psychiatry 153, 1996, pp. 219-225.
- Shapiro F., Forrest M. S., *Des yeux pour guérir – EMDR : la thérapie pour surmonter l'angoisse, le stress et les traumatismes*, Seuil, 2005.
- Short D., *Espoir et résilience : comprendre les stratégies thérapeutiques de Milton Erickson*, SATAS, Bruxelles, 2009.
- Solomon R. M., « Critical Incident Stress Debriefing in Law Enforcement », in Everly G., Mitchell J. (dir.), *Critical Incident Stress Management*, Chevron Press, Ellicott City, MD, 1995.
- Taylor S., *A Clinician's Guide to PTSD*, Guilford Press, New York, 2006.
- Thom R., *Paraboles et catastrophes*, Flammarion, Paris, 2010.
- Van der Kolk B. A., *The Body Keeps the Score : Memory and the Evolving Psychobiology of Posttraumatic Stress*, Harvard Review of Psychiatry, 1, 1994, pp. 253-265.
- Van der Kolk B. A., McFarlane A. C., Weisaeth L., *Traumatic Stress. The Effects of Overwhelming Experience on Mind, Body and Society*, Guilford Press, New York, 1996.
- Watzlawick P., *La réalité de la réalité. Confusion, désinformation, communication*, Seuil, Paris, 1976.

- Watzlawick P. (dir.), *L'invention de la réalité – contributions au constructivisme*, Seuil, Paris, 1988.
- Watzlawick P., *Le langage du changement – éléments de communication thérapeutique*, Seuil, Paris, 1980.
- Watzlawick P., « Therapy is what you say it is », in Zeig J. K., Gilligan S. G. (dir.), *Brief Therapy : Myths, Methods and Metaphors*, Brunner-Mazel, New York, 1990, pp. 55-61.
- Watzlawick P. (Nardone G., Ray W. éditeurs), *Guarsi dentro rende ciechi*, Ponte alle Grazie, Milan, 2007.
- Watzlawick P., Nardone G. (dir), *Stratégie de la thérapie brève*, Seuil, Paris, 2000.
- Watzlawick P., Beavin J. H., Jackson Don D., *Une logique de la communication*, Seuil, Paris, 1972.
- Watzlawick P., Weakland J., Fisch R., *Changements. Paradoxes et psychothérapie*, Seuil, Paris, 1975.
- Weaver A., *Can Post-Traumatic Stress Disorder Be Diagnosed in Adolescence Without a Catastrophic Stressor ? A Case Report*, *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 5, 2001, pp. 77-83.
- White M., Epston D., *Les moyens narratifs au service de la thérapie*, SATAS, Bruxelles, 2009.
- Wilson J. P., Friedman M. J., Lindy J. D., *Treating Psychological Trauma and PTSD*, Guilford Press, New York, 2004.
- Wolpe J., *Psychotherapy by Reciprocal Inhibition*, Stanford University Press, Stanford, 1958.
- Zanarini M. C., *Role of Sexual Abuse in the Etiology of Borderline Personality Disorder*, American Psychiatric Press, Washington, DC, 1977.
- Zhang W., Davidson J. R., *Post-Traumatic Stress Disorder : An Evaluation of Existing Pharmacotherapies and New Strategies*, *Expert Opin. Pharmacother.*, 8 (12), 2007, pp. 1861-1870.
- Zueigh-Frank H., Paris J., *Parent's Emotional Neglect and Overprotection According to the Recollections of Patients with Borderline Personality Disorder*, *American Journal of Psychiatry*, 127, 1991, pp. 867-871.

SURMONTER LES EXPÉRIENCES TRAUMATIQUES AVEC LA THÉRAPIE STRATÉGIQUE : *Changer le passé*

Federica CAGNONI & Roberta MILANESE



La collection *Le Germe* propose aux thérapeutes francophones des textes importants ou novateurs dans le champ de l'hypnose, des thérapies brèves et familiales, de la thérapie stratégique, de l'EMDR, de la thérapie narrative et du constructionnisme social.

« À partir de cet instant, il y aura dans votre vie un «avant» et un «après». «Avant» que cet événement se produise, vous croyiez probablement que le monde était juste et que tout avait un sens. «Après», du coup, vous sentez que vous n'avez plus le contrôle de votre vie et de ce qui arrive autour de vous. Vous vous sentez vulnérable et votre monde n'est plus sûr. Donner un sens à ce qui adviendra est difficile: le sens de la vie qui était valable il y a seulement quelques instants n'existe plus, rien n'est plus juste ni équitable. »

Au-delà de définir et de situer le trouble de stress post-traumatique et de rendre compte des recherches récentes sur le sujet, ce livre présente de manière exhaustive et systématique le protocole de traitement du trouble de stress post-traumatique mis au point avec d'excellents résultats au Centre de Thérapie Stratégique d'Arezzo par Giorgio Nardone et son équipe.

Il ne s'agit pas d'effacer le passé mais d'aider la personne à débloquer les ressources dont elle est naturellement dotée et que le traumatisme a momentanément paralysées, et de repositionner le passé dans une dimension temporelle adaptée et qui est, justement, le passé.

Federica Cagnoni, psychologue et psychothérapeute, est chercheur associé au Centre de Thérapie Stratégique d'Arezzo et enseignante à l'École de spécialisation en psychothérapie brève stratégique. Elle est responsable des centres affiliés de thérapie stratégique de Turin et de Carpi, où elle exerce une activité de psychothérapie, consulting et coaching. Elle assure des formations cliniques et managériales en Italie et à l'étranger.

Roberta Milanese, psychologue et psychothérapeute, est chercheur associé au Centre de Thérapie Stratégique d'Arezzo et enseignante à l'École de spécialisation en psychothérapie brève stratégique. Elle est responsable du centre affilié de thérapie stratégique de Milan, où elle exerce une activité de psychothérapie, consulting et coaching, et de l'École de Communication et de Problem Solving de Milan. Elle assure des formations cliniques et managériales en Italie et à l'étranger.

