

L'intégration psychologique de traumatismes - Une affaire de culture ?

Gisela Perren-Klingler

Résumé : L'auteur aborde sa propre expérience avec des victimes de traumatisme dans une perspective transculturelle. Elle décrit les troubles spécifiques et non-spécifiques, la réaction aiguë au stress (ASR) et les symptômes de stress posttraumatique (PTSD), ainsi que la capacité à gérer les répercussions de ces traumatismes ; elle montre également les différences et les éléments communs entre diverses stratégies d'intervention transculturelles.

Une question importante se pose, celle de savoir si l'on peut dégager une forme-type, un modèle structurel d'intervention efficace qui ne soit pas conditionné par la tradition dont il est issu. La comparaison entre quelques rites traditionnels, l'approche psycho-dynamique, les thérapies cognitivo-comportementales et les récentes techniques heuristiques apportent des éléments de réponse.

Le rôle joué par la société est également mis en évidence car c'est elle qui reconnaît et dénonce, accuse, juge, condamne et punit. Pour illustrer son propos, l'auteur présente trois exemples d'interventions dans trois situations socio-culturelles différentes.

Cet article, écrit à partir de mon expérience personnelle avec des victimes de violences de toutes sortes, vise un double but : d'une part la mise en évidence de réactions bio-psychologiques universelles, d'autre part la description d'attitudes liées à la culture, comme la faculté d'intégration, et l'interprétation des événements. Cette double perspective est importante quand on sait que les expériences traumatiques doivent être intégrées au niveau individuel et socio-culturel pour assurer à la personne concernée un avenir aussi vivable que possible. Les conséquences qui en découlent pour les intervenants professionnels seront également décrites dans la perspective spécifiquement transculturelle.

Originaire d'Europe centrale, et bien que mon enfance ait une couleur pluri-culturelle après des séjours dans différents pays d'Europe et le contact avec des langues variées, je me sens clairement rattachée au monde occidental, tant sur le plan familial, professionnel, personnel que social (Ponterotto, 1995). Du point de vue de l'orientation éthique, je me fonde sur les principes de base décrits et prônés par les Droits de l'Homme. Comme observatrice active et comme psychiatre, j'ai tenté d'ouvrir de nouvelles perspectives pour des victimes de violences dans le domaine de la santé psychique.

En plus du diagnostic médical et de la pathogenèse, je

me réfère aux approches saluto-génétiques (orientées sur la santé et les ressources personnelles et institutionnelles), aux postulats du constructivisme ainsi qu'au modèle de description cybernétique de la communication (Glaserfeld, 1987). J'admets comme base de réflexion les principes suivants :

Les réactions de type neuro-biologique, y compris les réactions au stress, sont les mêmes dans toutes les cultures. Les médecins dont la formation est pour ainsi dire semblable dans le monde entier peuvent constater ces réactions quel que soit l'endroit où ils se trouvent.

L'homme se construit lui-même sa propre réalité avec l'aide d'éléments et de représentations de type cognitif (Beck, 1976) ; cette affirmation vaut aussi pour l'observateur, qui doit adopter une attitude saluto-génétique (Antonovsky, 1988).

L'être humain est un sujet orienté en fonction d'un but.

L'homme est un être social intégré dans le groupe par le langage ; il est formé par le groupe en même temps qu'il contribue à donner au groupe sa forme.

L'homme réagit de façon consciente et inconsciente (Perrig, 1993).

La violence subie déclenche chez tous les êtres humains des réactions observables similaires. Elles se basent sur les réactions adaptatives neurologiques et se manifestent au niveau corporel, psychologique et social. Tout comme une blessure laisse des cicatrices sur le corps, un événement violent laisse dans le psychisme humain des marques, indolores dans le meilleur des cas.

Les réactions au traumatisme, mais aussi la manière de percevoir les événements et d'estimer la menace qu'ils portent varie selon le contexte culturel et les dispositions somato-psychiques de l'individu concerné. Le classement des événements (Appraisal, Lazarus, 1974), l'interprétation et l'élaboration du sens jouent un rôle capital dans le processus d'intégration du traumatisme (Frankl, 1984), notion importante à ne pas perdre de vue.

Dans de nombreuses cultures, la religion propose des modèles ou des rites permettant l'élaboration des expéri-

ences menaçantes; elle contribue ainsi de façon importante à l'intégration du vécu. Dans le monde occidental, les liens avec la religion sont devenus plus ténus: la psychiatrie et la psychologie se sont donnés pour mission de prendre le relais et d'assurer la prise en charge des victimes confrontées à la difficulté de gérer leurs réactions.

La violence et ses conséquences jalonnent diversement toute l'histoire de l'humanité. Nous en trouvons de nombreux exemples dans les documents laissés par la tradition écrite: la violence et le meurtre au sein de la famille (le meurtre d'Abel par Caïn, Genèse, chap. 4, v.1 et ss), l'exil et la persécution (la captivité à Babylone, Jérémie, ch. 51), la torture (les trois jeunes Hébreux jetés dans la fournaise, Daniel, chap. 3), la violence à l'encontre des enfants (l'histoire d'Hérode dans l'Evangile selon Mathieu, chap. 2, v. 13 et ss), la guerre (Livre des Rois, Josué, etc), la lapidation de la femme adultère (Evangile selon Jean, chap. 8, v. 4 et ss) la perte traumatique (les pèlerins d'Emmaus l'Evangile selon Luc, 24,13-45) sont les épisodes les plus connus.

Dans le siècle passé, nous avons connu deux guerres mondiales, des guerres de libération entraînées par la décolonisation, ainsi que de nombreuses guerres de représentation; à cela s'ajoute une prise de conscience croissante de la violence intra-familiale et dans la société ainsi que de la violence structurelle et le terrorisme international. Ainsi l'opinion s'est trouvée peu à peu sensibilisée à l'aspect psychologique des réactions au stress traumatique chez les victimes de situations de violence extrêmes.

En Allemagne, après la deuxième guerre mondiale, il y eut une première prise de conscience des effets néfastes bio-psycho-sociaux chez les survivants des camps de concentration (Matussek, 1958), mais très vite cela s'est perdu de vue; quand des survivants connus comme Primo Lévy, Bettelheim ou d'autres ont mis fin à leurs jours par le suicide, on s'est chaque fois réveillé pour un moment, pour aussitôt retourner à la poursuite de l'avancement économique instauré par le Plan Marshall. La difficulté de vivre après l'expérience de Buchenwald a été bien décrite et par le prix Nobel Kertesz («Sans destin», Kaddish pour un enfant non né) et par le résistant Jorge Semprun («l'écriture ou la vie», «un si beau dimanche»).

Après la guerre du Vietnam, des psychiatres américains ont montré pour la première fois de façon systématique que les violences de la guerre laissaient des traces profondes et indélébiles chez tous les protagonistes du conflit, qu'ils en soient les acteurs ou les victimes.

Il a fallu beaucoup d'efforts pour faire admettre que les curieuses réactions de ces vétérans étaient les répercussions directes des horreurs de la guerre, pour intervenir au niveau thérapeutique et permettre aux personnes concernées expiation et réhabilitation.

Le concept diagnostique de «syndrome de stress post-

traumatique» (post-traumatic stress disorder, PTSD, DSM III, APA, 1980) en est directement issu. La formulation de cette entité diagnostique a représenté d'une certaine façon un pas en direction des victimes. Cependant ce concept doit toujours être envisagé dans le contexte culturel. Les événements qui surviennent dans une société donnée, leurs conséquences pour l'individu ou la collectivité se posent chez nous en terme de maladie à soigner, de façon contextuelle. Mais l'incapacité de la collectivité à résoudre ses conflits de façon pacifique engendre des souffrances qui seront reléguées à devenir ensuite affaire privée et individuelle. C'est le cas lorsque les souffrances résultent d'un conflit dépourvu de sens, d'une guerre perdue, ou d'autres types de violence «tabous» comme les abus sexuels.

Peu à peu cependant s'est imposé le fait que toute violence déclenche toujours de mêmes troubles. Malgré cela persiste de façon surprenante une sorte d'aveuglement collectif, un mur du silence (Asgeirsson, 1998) en face des conséquences psychologiques de la violence vécue, qui peuvent se reporter parfois à la deuxième génération (Klein, 1974). La société est sans cesse tentée de transformer les survivants – victimes ou bourreaux – en héros ou en victimes, les privant ainsi de la possibilité d'intégrer le mieux possible leur vécu et de retrouver une existence nouvelle, différente, aussi bonne que possible.

Avant d'aborder les réactions à la violence, il est important de définir la notion de traumatisme et de différencier entre les traumatismes de type I et II (Terr, 1989).

Le traumatisme se définit comme une expérience hors norme, a-normale qui exerce un effet délétère sur l'intégrité physique et ou psychique de la personne. La personne touchée doit y vivre ou l'impuissance complète et/ou la peur de mourir. Il peut suffire d'être témoin d'une scène de violence (DSMIII R, APA, 1980).

Un traumatisme de type I est une situation unique, avec des limites chronologiques claires (début et fin), comme par exemple un meurtre, un accident de la circulation ou de travail, une catastrophe naturelle ou d'origine humaine.

Les traumatismes de type II désignent des événements répétitifs inscrits dans la durée, qui représentent une menace permanente et diffuse contre laquelle il est difficile de se protéger: ce sont entre autres la violence intra-familiale, les abus sexuels, les persécutions, les conflits de longue durée, ou les traumatismes secondaires.

Tout acte de violence a des répercussions non seulement chez les victimes directes, mais aussi chez les exécutants, les témoins, les proches, les sauveteurs, les intervenants; ces victimes secondaires manifesteront les mêmes signes psychologiques que les victimes primaires. On parle alors de traumatisme par substitution (vicarious traumatization), notion récemment apparue (Figley, 1995).

Les réactions à la violence : universelles mais spécifiques

Les professionnels de formation occidentale savent repérer des réactions spécifiques à la violence chez les ressortissants de différents milieux culturels. Ces réactions correspondent aux réactions bio-physiques de l'être humain placé confronté à une tension négative intense (Kleber, 1992). Elles se manifestent tout de suite après l'événement violent; c'est la réaction aiguë au stress (Acute Stress Disorder, ASD, DSM-IV, 1996), tout à fait normale et naturelle, et manifestée par la plupart des personnes touchées.

Par la suite, une partie de ces personnes risque d'être atteinte de syndrome de stress post-traumatique (PTSD), dont la gravité dépend de plusieurs facteurs : intensité de l'exposition, angoisse ressentie devant la menace (Basoglu, 1994), aptitude personnelle à gérer l'événement, personnalité pré-traumatique, âge, état général et environnement social. L'ensemble de ces facteurs est étroitement lié au contexte culturel.

La réaction aiguë au stress (ASR) ainsi que le syndrome de stress post-traumatique (PTSD) sont caractérisés l'un et l'autre par trois groupes de symptômes :

Un état d'hyperexcitation et de tension physiques, accompagné de réactions de défense (startle response), d'une attitude de vigilance accrue, d'agressivité, d'irritabilité et de troubles du sommeil.

L'intrusion récurrente dans la pensée des souvenirs douloureux, par flash-back, cauchemars, jeux traumatiques et acting out.

Une perte de sensibilité au niveau émotionnel, psychologique et physique, associée à des comportements d'évitement.

A côté de ces signes spécifiques (spécifiquement liés à la réaction de stress) se manifestent également des signes non spécifiques (Mollica, 1990), c'est-à-dire observables aussi dans d'autres contextes. Ils prennent racine dans le sentiment d'impuissance ressenti durant l'exposition au traumatisme, et se développent sous forme d'impressions négatives : la honte, la colère, la culpabilité, la perte de confiance originelle, la perte de cohérence intérieure, la tristesse, la dépression, la confusion, particulièrement au niveau des valeurs. L'ensemble de tous des signes est appelé shattered assumptions par les Américains (Janov-Bullmann, 1992). Il est plus difficile de repérer d'emblée les réactions de ce type ; en effet, elles sont traduites de façon variable selon le milieu culturel et ses tabous et s'expriment à travers des troubles somatiques ou par des troubles émotionnels ou dissociatifs (Van der Kolk et al. 1996), dans un état proche de l'amnésie. Ce type de réactions non-spécifiques à un

traumatisme est donc conditionné – du moins partiellement – par le contexte socio-culturel. Il n'est guère révélateur de l'événement traumatisant déclenchant, et de ce fait passe plus facilement inaperçu au sein du milieu concerné. Avec la durée pourtant, ces réactions s'avèrent plus difficiles à maîtriser que le syndrome des stress post-traumatique ; les individus en souffrent plus longtemps par l'absence (ou le peu) de reconnaissance et de soutien témoigné par la collectivité, ainsi que par la difficulté d'instaurer un traitement adéquat.

Gérer les réactions au niveau psychologique et psychosocial

On désigne par le terme de coping («faire avec») la faculté de maîtriser et d'élaborer une situation sur le plan psychologique. Le coping occupe une place importante dans l'approche des réactions aiguës au stress et du syndrome de stress post-traumatique, bien que sa conceptualisation dans le contexte du traumatisme soit encore peu claire. Le coping est lié au contexte culturel par certains aspects, mais il y échappe aussi partiellement.

Selon les différents ponts de vue théoriques, les possibilités de structuration les plus simples à repérer et le plus opérationnelles dans un contexte transculturel seraient les suivantes :

Coping au niveau cognitif, émotionnel et comportemental

Attitude confrontative et non pas évitativa face aux événements

Détermination du mode de contrôle interne ou externe (Locus of Control)

Au cours de l'expérience traumatisante se mêlent et s'imbriquent de façon souvent indéfectible le cognitif et l'émotionnel, ce qui se traduit aussi bien au niveau psychologique (pensées, émotions) que social (attitude, comportements). Des individus différents ont cependant tous leur propre aptitude à mettre de l'ordre dans le chaos intérieur provoqué par les événements ; ce travail de «tri» - séparer les faits des émotions – a aussi son importance sur le comportement. Cela nécessite entre autre :

Une confrontation de type cognitif avec ce qui s'est passé - se représenter l'événement difficile dans tout ce qu'il a d'insoutenable et avec toutes les émotions négatives qu'il suscite, l'affronter, le regarder en face. Le recours à tous les moyens possibles pour éviter d'y penser, l'effort pour refouler les émotions pénibles et contourner toute situation qui

pourrait évoquer l'événement douloureux sont des comportements d'évitement qui restreignent toujours plus la vie intérieure (émotions) et extérieure (sociale). L'ouverture sur des perspectives positives nouvelles s'en trouve réduite, et les marques négatives laissées par le traumatisme, c'est-à-dire la déception, la colère et le désespoir se cristallisent. Certaines cultures utilisent plus fréquemment que d'autres cette attitude dissociative : «C'était tellement affreux que je voudrais pouvoir oublier», entend-on dire de façon caractéristique. Cette formule est particulièrement usitée dans un contexte culturel qui admet la notion de possession par les esprits. C'est ici qu'intervient la notion de Locus of control (Horowitz, 1976).

Le concept de Locus of control, de mode de contrôle est une clé importante dans l'interprétation des événements. Il permet d'estimer dans quelle mesure la personne s'est sentie impliquée dans un événement et quelle influence elle pense avoir exercé sur le cours de cet événement (mode de contrôle intérieur). Il permet également de déterminer quelle part des événements est perçue comme inéluctable (mode de contrôle extérieur). Dans des systèmes culturels où ce que nous considérons volontiers comme des pratiques «magiques» jouent un rôle, le mode de contrôle est extérieur, c'est-à-dire qu'il donne aux événements du monde une justification extérieure à l'individu. Lorsque le modèle culturel privilégie l'autonomie et la responsabilité de l'individu, le mode de contrôle est à l'intérieur de l'individu. Le mode de contrôle est déterminant pour trouver un sens à un événement, condition essentielle pour se décharger définitivement d'une situation pesante.

Un détenu politique sud-américain m'a expliqué comment il avait maîtrisé le problème de la torture en recourant à un mode de contrôle intérieur : chaque matin, il se demandait s'il se sentait prêt à être torturé. Certains jours, il se serait suicidé si l'on était venu le chercher. A ma question de savoir comment, il m'expliqua une stratégie complexe qui lui aurait permis de mettre fin à ses jours pour échapper définitivement à ce qu'il n'aurait pas pu ou voulu supporter.

On retrouve un mode de contrôle intérieur dans le Blunting (Miller, 1980), mouvement de repli qui s'effectue pendant l'exposition au traumatisme et qui permet de maîtriser la situation de l'intérieur. En hypnose, on utilise le terme de dissociation : l'individu perd le souci de son environnement et reste en sécurité en lui-même.

Un autre détenu politique sud-américain m'a expliqué comment, pendant les séances de torture, il avait réussi é

«s'échapper de son corps» en se concentrant totalement à l'intérieur de lui-même, presque triomphant à l'idée que la souffrance ne pouvait atteindre que son corps.

Les sauveteurs et intervenants occidentaux dans les camps de réfugiés cambodgiens en Thaïlande ont relevé de nombreux signes de réactions aiguës au stress et de syndrome de stress post-traumatique. Les Cambodgiens eux-mêmes interprètent leurs symptômes comme des messages de leurs ancêtres ; ils exprimeraient leur colère après l'abandon du foyer et l'interruption des pratiques religieuses quotidiennes d'offrande aux morts. Dans un tel contexte, proposer un traitement médicamenteux ou psychothérapeutique (mode de contrôle interne) est absurde. La seule attitude fructueuse, dictée par un mode de contrôle externe, sera la pratique de rites d'apaisement des ancêtres et l'instauration d'un nouveau pacte avec eux, établi en fonction des conditions de vie différentes (Eisenbruch, 1991).

D'autres éléments essentiels de contrôle complètent le coping :

La capacité de résistance physique dans le cas d'une situation de tension maximale : accidents, actes criminels, catastrophes naturelles dans nos régions, guerres, torture ou exil. Cette capacité de résistance est en partie déterminée génétiquement et dans la relation précoce entre mère et enfant. De plus, le sentiment de sécurité dans les relations joue un grand rôle : il prend racine dans la petite enfance, se développe et s'épanouit dans le milieu social. Les conditions de vie sur le moment-même, comme la possibilité de satisfaire les besoins vitaux minimaux (boisson, nourriture, soins médicaux), contribuent à renforcer ou à réduire ce sentiment de sécurité.

La capacité de prévoir et de se préparer à la survenue possible de quelque chose d'horrible, de prendre les dispositions nécessaires. Prévoir une situation est une façon de se protéger en diminuant l'impact de l'effet de surprise (Perren-Klingler, 1990, Basoglu, 1995).

Dans tous les types de culture, l'attitude de la société, le soutien, l'aide et toute manifestation de solidarité – éventuellement d'aide à la reconstruction – accélère l'intégration du traumatisme. Tous ces éléments interviennent dans la prise en charge des réactions aiguës au stress ainsi que dans le debriefing psychologique (Perren-Klingler, 2000).

Le sentiment de sa propre cohérence (Sense of coherence, Antonovsky, 1979) permet à l'individu de

résister au bouleversement de ses convictions et de ses représentations (comme souvent lors de violences), et le renforce plutôt dans son identité, comme en témoigne l'expérience de certains activistes politiques torturés (Perren-Klingler, 1995, Basoglu, 1995). Le sentiment de cohérence est étroitement lié au mode de contrôle.

Les réactions aiguës au stress – attitudes et intervention

La réaction aiguë au stress est considérée comme une réaction normale et naturelle à un événement violent anormal (Keilsson, 1979), et se déroule toujours selon un même processus.

La discussion avec la famille, le cercle d'amis, la communauté religieuse ou le debriefing psychologique conduisent vers une élaboration progressive des événements en un récit structuré (constructive narrative perspective, Meichenbaum 1993). On repasse une nouvelle fois le film des événements, à la recherche du «fil rouge» qui permettra aux personnes concernées de mieux comprendre ce qui s'est passé ; cette démarche est donc semblable à une confrontation cognitive avec les faits réels. Le fait de pouvoir ensuite exprimer ses réactions et ses émotions au sein du groupe protecteur contribue à les rendre moins pesantes. Une solidarité spontanée se met en place au niveau social, souvent accompagnée par des propositions d'entraide et de soutien (Fliess-Carole, Richmann, dans Perren-Klingler, 1995). Le travail en groupe facilite aussi l'interprétation des événements. Par ailleurs, cette démarche joue un rôle préventif en diminuant les risques de chronicisations sous la forme d'un syndrome de stress post-traumatique. Un exemple de ce processus nous est donné par des détenus politiques victimes de torture, au Chili, qui ont su mener à bien en groupe la gestion de leurs réactions (Becerra, dans Perren-Klingler, 1995). Dans cette perspective, le debriefing psychologique n'est pas une innovation (Turnbull 1995, Mitchell, 1993, Dyregov 1997, Perren 1998, en cours d'impression). Il s'agit plutôt d'un processus psychologique de groupe de structure pour ainsi dire rituelle, et qui reprend des données anciennes connues pour les insérer dans le système de pensée occidental.

Syndrome de stress post-traumatique – attitudes et intervention

Nos lunettes diagnostiques d'Occidentaux ont permis de repérer des signes de stress post-traumatiques depuis que l'homme use de la violence à l'égard de son semblable.

Ce n'est toutefois que depuis les années 1980 que cette notion a été conceptualisée. Il est clair que dans la culture occidentale, le syndrome de stress post-traumatique était

abordé par le biais des méthodes psychiatriques ou psychothérapeutiques, seules approches de la souffrance et des désordres psychiques.

C'est bien cela qui se passa à la suite de la Seconde guerre mondiale, d'abord aux USA pour les survivants des Campos d'Extermination, puis aux Pays-Bas et en Scandinavie pour les vétérans résistants ou prisonniers de guerre ; la psychanalyse fut l'approche la plus fréquemment utilisée. Dans les années 1970, les victimes de torture des dictatures militaires sud-américaines réfugiés dans différents endroits d'Europe ont été pris en charge sur le plan psychologique, mais sans grand succès. La plupart du temps, les traitements étaient très longs et se soldaient sur le constat d'invalidité de la personne concernée. Ces méthodes avaient pour principe l'instauration d'une relation fermée entre la victime et le thérapeute, excluant la prise en compte et le soutien de la collectivité. En réaction à ces méthodes longues et peu satisfaisantes, de nouvelles approches ont été tentées, dont l'objectif était d'alléger les souffrances des personnes concernées. De plus en plus se sont développées des procédés différents non psychodynamiques, dont quelques-uns seront décrits plus loin. Il est étonnant de constater avec le temps un éloignement progressif des méthodes herméneutiques interprétatives de la psychanalyse au profit d'une attitude heuristique. Dans la plupart de ces approches, la parole est essentiellement un moyen de donner des consignes ; le thérapeute n'est plus un interprète, mais celui qui explique et donne des consignes. Il faut rappeler au passage l'importance de la relation et du Holding dans tous les processus non-analytiques (Winnicott, 1960).

La Testimonial Therapy (Agger, 1990) chez les victimes politiques de torture est une tentative de confrontation cognitive avec ce qui s'est passé. D'entente avec le thérapeute, on élabore un récit le plus précis possible des faits, puis on dresse une liste des conséquences psychologiques. Le tout est utilisé ensuite comme témoignage à des fins politiques.

Un bon exemple du soutien et de l'entraide dans les groupes de victimes est donné par les enfants et adolescents survivants aux catastrophes maritimes du Jupiter et du Harold of Free Enterprise en Angleterre. Dans les discussions de groupes, l'accent a été mis principalement sur l'approche cognitive et émotionnelle en vue de l'intégration du traumatisme (Yule, 1990). Cloé Madanes (1997) a proposé dans les années 1980 un protocole pour les familles concernées par des abus sexuels ou par d'autres formes de violence. Une succession d'étapes – dix-sept - conduit le processus d'élaboration, passant par l'approche cognitive et émotionnelle, la reconnaissance de la faute, la demande de pardon, les sanctions, la réparation, mais aussi par la réintégration sociale du bourreau et de la victime et la pré-

vention (Relapse-prevention).

Meichenbaum, Basoglu, Foa, Roth et de nombreux autres chercheurs (tous dans Meichenbaum, 1994) ont présenté un bilan positif d'interventions thérapeutiques de type cognitif et comportemental dans le cas de syndrome de stress post-traumatique. Lorsque s'y ajoutaient l'hypnose et une approche saluto-génétique des ressources à disposition, le processus global d'élaboration du traumatisme se trouvait intensifié et accéléré (Perren-Klingler, 1990, 1998). A certains endroits et depuis quelques années, on cherche d'abord par des moyens pharmacologiques à procurer chez la victime un état de détente, pour mieux aborder le processus cognitif de reconstruction et le traitement des symptômes physiques (Baettig et Velardi, communication personnelle).

Mentionnons encore pour terminer les méthodes «magiques» utilisées ces dernières années comme le EMDR¹ (eye movement desensitisation reprocessing, Shapiro, 1995), le TFT² (though field therapy, Callaghan, 1990), qui contribuent à réduire les symptômes de façon non négligeable, mais malheureusement uniquement hors du cercle conservateur de la médecine universitaire académique (Grainger, 1997). Dans le cas d'un syndrome de stress post-traumatique chronique, d'autres méthodes pédagogiques et structurantes devront être utilisées face à des perceptions déformées et seront fréquemment renforcées par des moyens psychopharmacologiques.

Comprendre la peur et le traumatisme dans d'autres contextes culturels

Toute collectivité s'est trouvée une fois ou l'autre confrontée à l'influence néfaste d'expériences traumatisantes sur la santé psychique et sur le bien-être générale de ses membres.

¹ EMDR : on demande au patient de penser à l'événement traumatisant ou à ce que cet événement éveille en lui ; deux doigts du thérapeute effectuent un va-et-vient devant le nez du patient, dont les yeux font par imitation un mouvement horizontal ; les doigts du thérapeute – et par conséquent le mouvement des yeux du patient – représentent l'événement douloureux. Le thérapeute réduit progressivement ses mouvements, illustrant la diminution de l'impact de l'événement ; ces mouvements sont accompagnés d'une approche cognitive du vécu (récit des événements).

² TFT : le patient pense à l'événement traumatisant ou à ses émotions ; il frappe avec sa main droite sur le côté gauche de son corps, en partant du front, puis sur les endroits du corps correspondant aux méridiens chinois. L'évocation mentale et le processus d'évocation des images ne répond à une définition théorique mais se fonde plutôt sur une démarche empirique «magique» ; elle peut à juste titre être considérée comme une approche d'orientation cognitive-comportementale. Ce ne sont ni les souvenirs pénibles, ni la répétition, ni le travail d'élaboration de l'événement qui sont déterminants pour l'allègement et la résolution des symptômes ; il s'agit plutôt de chercher à libérer le patient par une approche cognitive des marques profondément gravées au niveau mnésique, de son état de tension et de déni. L'allègement des émotions, le réapprentissage d'attitudes oubliées telles la sérénité, le pardon ou le sens des choses, sont les conditions nécessaires à l'intégration – parfois même fructueuse – de l'événement traumatisant. Ce travail peut être réalisé dans une situation des PTSD dans un laps de temps relativement court. (Perren-Klingler, 1998).

Une analyse un peu plus précise révèle que la plupart des groupes culturels ont élaboré leur propre système d'interventions pour y faire face et soutenir le processus d'intégration. Les rites sont une manière de comprendre la violence subie et ses répercussions, et facilitent aussi la réhabilitation sociale.

Il arrive parfois que des psychothérapeutes occidentaux aient la chance de collaborer avec des guérisseurs d'autres cultures ; cette expérience souvent très profitable, comme en témoignent les exemples ci-dessous.

Dans le canton d'Argovie, le travail avec des requérants d'asile et les réfugiés bosniaques nous a fait découvrir le rite bosniaque destiné à conjurer la peur. Ce rite, pratiqué par les femmes musulmanes de la campagne, se transmet de mère en fille depuis des générations (Loncarevic dans Perren-Klingler, 1995).³

Dans la partie centrale du Mexique, des rites toltèques sont célébrés pour faire disparaître la peur ou l'effroi («el susto»).⁴

Au Mozambique, on a recours à un rite spécifique pour ceux qui ont tué (Chirove, Richman, dans Perren-Klingler, 1995), qui permet la réhabilitation des meurtriers. Le rite de réconciliation avec les ancêtres dans les camps thaïlandais de réfugiés cambodgiens a déjà été cité plus haut.

Dans chacun des ces rites, par le biais des usages religieux, l'événement traumatisant est «pensé» de façon cognitive, les émotions concomitantes sont reconnues et acceptées par le groupe rassurant et protecteur. Ces pratiques «magiques» à nos yeux sont tout à fait bénéfiques pour la personne concernée.

Expériences personnelles

Les trois exemples qui vont suivre illustrent l'expérience personnelle de l'auteur dans des situations totalement différentes. Dans chacun des cas, il s'agissait d'aider au mieux des victimes d'expériences traumatisantes et souffrant de PTSD à intégrer leur vécu et à maîtriser à nouveau leur existence.

De ces situations, deux impliquaient l'auteur et la troi-

³ Le patient s'annonce auprès d'une guérisseuse ; et se présente à l'heure qu'elle lui indique. Il y a toujours d'autres personnes présentes à ce moment-là. Le patient se tient debout devant la guérisseuse : elle lui demande de penser à sa peur. Elle fait fondre le métal d'une cuillère à la chaleur d'une flamme tout en récitant doucement certaines sourates du Coran. Le métal fondu est ensuite versé dans un récipient contenant de l'eau. Le patient reçoit l'ordre de se suivre des yeux le mouvement de va-et-vient exercé avec la cuillère, mouvement effectué trois fois à hauteur des yeux puis du cœur, deux fois à la hauteur du ventre et enfin une fois au niveau des genoux. Cela permet ensuite à la peur de s'enfuir par les pieds jusque dans la terre. L'eau dans laquelle la cuillère a été refroidie est donnée au patient qui effectuera certaines ablutions une fois à la maison.

⁴ Le patient se concentre mentalement sur sa peur (ou son effroi) et effectue avec la tête un mouvement latéral de la droite vers la gauche en expirant, puis de la gauche vers la droite en inspirant, jusqu'à ce que la peur ait disparu.

sième concernait une collègue ; il s'agissait de repérer la capacité de récupération en intervenant le moins possible : mobiliser des ressources par le travail à la maison comme une aide pour soi-même et de selfpowerment, amener le patient à une collaboration volontaire par des informations claires (informed consent), donner de la psycho-éducation et déboucher sur une résolution du vécu.

La plupart des survivants de traumatisme réussissent à interpréter leur vécu et à l'intégrer à partir du moment où ils sont libérés de leurs symptômes. Il est facile de comprendre que ces rescapés représentent au sein d'une population donnée une normalité moyenne ayant fonctionné comme telle avant le traumatisme. C'est pourquoi il faut chercher à réactiver les facultés de coping préexistantes perturbées par le traumatisme.

Intervention auprès d'une patiente américano-suisse souffrant d'un PTSD

Cette patiente de 58 ans, d'origine américaine et mariée en Suisse, est rescapée d'un accident d'atterrissage d'avion qui a provoqué des morts et des blessés. Au moment de l'accident, la patiente traitée pour une hypertension artérielle, se trouva sous l'influence de bêtabloquants. Durant toute la durée de l'accident, elle resta dissociée et vécut ce moment sans ressentir d'émotions particulières. Lors de l'évacuation de l'avion, elle sauta par-dessus l'aile sans même se faire de mal. Trois mois plus tard, la patiente se présenta à ma consultation, car elle se sentait «à bout» et pensait avoir besoin de l'aide d'un professionnel. Elle avait cherché à se renseigner par Internet sur la nature de son mal-être et sur l'attitude à adopter et avait posé elle-même le diagnostic de PTSD. A la première consultation, la patiente témoigna d'un état de dissociation profonde : elle disait ne rien éprouver physiquement, bien qu'elle ait visiblement un problème de nuque, et niait toute émotion en rapport avec l'accident. Elle souffrait de graves troubles de la concentration et avait de la peine à trouver ses mots ; fervente mélomane, elle s'interdisait d'écouter de la musique, craignant que ses airs favoris ne soient contaminés par l'horreur de l'accident et qu'elle ne puisse alors plus jamais les écouter.

La patiente fut informée du processus thérapeutique, qui associait hypnose et techniques cognitives-comportementales, incluant des tâches de gestion de stress à la maison et donna son accord.

Après avoir établi ensemble un climat de confiance et de détente par un exercice respiratoire c'est-à-dire après l'instauration d'un holding favorable – le travail put commencer. L'accident fut encore une fois décrit en détail, dans une perspective cognitive et sous hypnose. Pour la première fois, la patiente prit réellement conscience de l'horreur et

du danger qu'elle avait couru, et en ressentit de violentes émotions. A partir de là, sa capacité à se contrôler – à se dissocier – put être abordée de front ; elle reçut mandat de consulter un spécialiste pour faire contrôler ses vertèbres cervicales. Un traitement de physiothérapie fut entrepris pour soulager ce problème et relâcher progressivement la tension musculaire.

Au cours des séances suivantes, on travailla sur les cauchemars nouvellement apparus, ainsi qu'à diminuer la tension intérieure. Après chaque séance, la patiente partait avec certaines tâches à accomplir à la maison, qui devaient l'aider à retrouver son calme et son équilibre. Il s'agissait d'un exercice de respiration de dix minutes deux fois par jour, d'activités sportives, de musique. Les contacts avec son mari et ses collègues de travail redevinrent ce qu'ils étaient auparavant. Le décès de la mère, survenu pendant la thérapie, put être envisagé dans un autre cadre et séparé du contexte de l'accident. La patiente effectua sans problème des vols aux USA. Les troubles de la concentration furent plus rebelles à traiter, mais s'estompèrent petit à petit. En sept séances réparties sur dix mois, la thérapie était pour ainsi dire terminée, de sorte qu'on put aborder à la huitième séance la question de la fin du traitement. Je demandai à la patiente s'il y aurait pour elle un acte rituel par lequel elle pourrait exprimer sa reconnaissance d'être sortie indemne de l'événement. Elle répondit de façon spontanée qu'elle se trouvait aux USA le jour anniversaire de l'accident, et qu'elle avait pensé faire un don à un galerie d'art de la ville où elle séjournait.

Lors d'une conversation téléphonique avec elle – juste après l'attentat de Louxor, qui a laissé en Suisse des marques particulièrement douloureuse – j'appris que son mari présentait maintenant des signes d'angoisse lorsqu'elle prenait l'avion pour les USA ; elle-même pourtant ne se sentait pas inquiète.

Pour moi, psychiatre et psychothérapeute issue d'une même culture rationnelle, il était facile de travailler avec cette patiente. Lorsque les symptômes survenus après l'accident avaient commencé à la tracasser, elle s'était renseignée de son propre chef et avait établi d'elle-même une connexion entre l'accident et les symptômes qu'elle présentait alors. Ce fut alors plus facile de l'encourager à collaborer dans le processus thérapeutique. La diminution de la symptomatologie grâce aux tâches et activités accomplies à la maison la conforta dans sa conviction d'être dans la bonne voie et renforça le pacte thérapeutique. Un Setting de type psychiatrico-psychothérapeutique s'était mis en place et offrait à la patiente le soutien nécessaire pour lui permettre de retrouver la maîtrise de son existence par ses propres moyens. Elle présentait par ailleurs de légers symptômes névrotiques, accrus par le traumatisme mais en régression à la suite du processus thérapeutique.

Ils n'ont été ni évoqués, ni travaillés.

Cette patiente a su trouver pour elle-même le sens de l'existence «après», et a pu exprimer sa reconnaissance à travers le don qu'elle a souhaité faire à la galerie de tableaux. Le modèle psychothérapeutique de l'intégration traumatique a été ici réalisé ; aujourd'hui, soit deux ans après l'accident, la patiente ne présente plus aucun symptôme.

Inervention en automne-hiver 1995 – 96 dans un groupe de réfugiés bosniaques

Les premiers réfugiés bosniaques qui arrivèrent en Suisse en été 1994 venaient directement des camps par l'intermédiaire du CICR. Dès les premières images télévisées, un œil exercé remarquait d'emblée qu'il s'agissait d'individus sévèrement traumatisés. Dans les différents centres d'hébergement qui les accueillirent résonna bientôt un appel à l'aide, car leurs souffrances ne pouvaient pas rester ignorées. Il s'avéra pourtant extrêmement difficile de faire comprendre à ces gens que les maux physiques dont ils souffraient n'étaient pas d'origine somatique, et qu'ils avaient besoin par conséquent d'un autre type de remède, c'est-à-dire d'une aide psychologique. Un des refrains était: «Je souffre, mais je ne suis pas fou dans ma tête»: difficile dans ces conditions d'espérer avoir une quelconque influence psychologique directe sur les symptômes du PTSD. Un peu partout, des projets soi-disant adaptés au contexte culturel prirent forme, qui n'apportèrent cependant pas l'amélioration escomptée des symptômes spécifiques et non-spécifiques de traumatisme. C'est de cette situation apparemment désespérée que surgit à Zürich un projet bi-culturel helvético-bosniaque consistant à former des personnes-relais dans le domaine de la santé psychique. Les seules conditions requises pour suivre cette formation étaient d'une part la maîtrise de l'allemand, d'autre part l'engagement à travailler entre les périodes du cours à l'amélioration de l'état psychique des réfugiés bosniaques. Cette formation, d'une durée totale de huit mois, était dispensée par modules de douze jours, eux-mêmes répartis en unités de deux jours. Les participants étaient tenus de suivre l'entier des cours, et s'engageaient à travailler comme personnes-relais auprès des Bosniaques pour une période minimale de six mois après la fin du cours.

Ce projet visait un double but : d'un côté, il s'agissait pour les participants de réussir à maîtriser leur propre traumatisme (hypothétique) dans un milieu protégé et sûr : de l'autre, en guise de «support», il fallait leur inculquer des connaissances et un savoir-faire suffisants pour qu'ils puissent, en tant que formateur-relais, les transmettre plus loin, déchargeant quelque peu les intervenants suisses tout en apportant aux Bosniaques un appui socio-culturel appro-

prié. Cette formation comportait trois axes :

La psychoéducation : l'acquisition de connaissances sur les réactions normales à un traumatisme – menace parfois vitale, sur le syndrome de stress post-traumatique, et enfin sur l'attitude saluto-génétique (mobilisation des ressources personnelles) (Antonovsky, 1988).

Le travail en petit groupe, toujours dans le but avoué d'accroître ses connaissances et d'acquérir d'autres techniques, comme moyen de réfléchir, d'intégrer puis de dépasser son propre traumatisme.

La confrontation systématique entre deux cultures, qui conduit à une meilleure compréhension mutuelle, au respect et à l'estime réciproque ; c'est d'ailleurs ce qui avait été constaté par les groupes-relais bi-culturels, dont la tâche hors des périodes de formation était de fonctionner comme relais représentatif de deux cultures à la fois.

La description de la première journée de cours devrait plutôt faire l'objet d'un film. D'un côté des gens courbés, nerveux, tendus, voire hyperexcités et parfois inquiets, mais relativement calme : les Suisses, tous concernés d'une façon ou d'une autre par le travail avec les réfugiés. Café et cigarettes n'étaient seulement réservés aux trois pauses de la journée, mais faisaient l'objet d'une consommation effrénée ininterrompue. L'atmosphère était lourde et pesante, désespérément triste. J'avais prévu de commencer le cours à partir des concepts de développement de l'enfant ; mais constatant l'état de tension des participants, je décidai d'aborder directement tout ce qui concernait le traumatisme, les réactions psychologiques après torture et violences, après le déracinement de l'exil, et de faire appel rapidement à leurs propres ressources, ceci également dans le but de favoriser l'apprentissage.

Le lendemain, dès les premiers exercices il fut question de ressources dans chacune des cultures. Les participants, répartis en petits groupes, avaient pour mandat de parler des fêtes spécifiques à leur culture. Les Bosniaques m'assurèrent que cela leur était impossible, ou bien qu'il n'y avait pas de fêtes chez eux. J'ajoutai alors comme consigne supplémentaire que c'était aux Suisses de commencer la discussion, puisqu'ils avaient des fêtes à décrire, mais en leur précisant bien de laisser vibrer leurs émotions. Moins d'une demi-heure plus tard s'était établie dans chaque groupe une sorte de concurrence pour savoir qui avait les plus belles fêtes : la réponse à cette question ne pouvait naturellement se faire qu'à l'aide de descriptions précises sur les circonstances, les préparatifs, le déroulement, les

mets culinaires spécifiques de la fête. Pour la première fois résonnèrent quelques rires, les visages s'éclairèrent et l'atmosphère se détendit.

Des tensions réapparurent sans cesse, aussi entre les deux nationalités, comme par exemple lors des discussions sur la sécurité, lorsqu'on parla des conditions minimales requises pour aborder les réactions psychologiques au traumatisme. Quelques Bosniaques prétendaient qu'il ne pouvait pas être question de «sécurité» pour eux s'ils n'avaient même pas la garantie de pouvoir rester en Suisse pour les dix années à venir (distorsion traumatique typique de la réalité). Ils accusaient les Suisses et les accablaient de reproches. Une parenthèse s'ouvrit sur la politique d'accueil en Suisse et sur les conditions de sécurité minimales, et ces explications permirent de faire un pas important vers une meilleure compréhension de la situation et des autres. Des échanges fructueux se firent aussi sur la façon pour chacun d'exprimer ses difficultés d'adaptation, et débouchèrent sur la constatation que l'agressivité rentrée n'était peut-être qu'une manifestation de tension intérieure extrême (concentration de la situation du moment à l'intérieur), constat qui nous aida à progresser dans la compréhension des réactions traumatiques.

Les techniques de debriefing furent exercées de différentes manières et à titre préventif, pour mettre de l'ordre dans le chaos laissé par le traumatisme et pour libérer les émotions.

Après douze jours, le groupe d'individus préoccupés, anxieux et tendus du premier jour s'était mué un groupe plein d'entrain, prêt à envisager l'avenir avec confiance, prêt aussi à s'engager ici ou là pour soutenir des gens moins chanceux, prêt à faire preuve de solidarité. Pour le responsable de ce cours, le plus surprenant fut de constater que les personnes relais conservaient ce rôle même après l'échéance de leur «contrat d'engagement», et que ceux qui avaient pu repartir avaient également emporté leur nouveau savoir en Bosnie.

Tout ce travail a constitué à élaborer une approche nouvelle et spécifique à partir d'une situation de détresse. La solution qui s'est imposée n'est pas la thérapie individuelle et privée chez un médecin, mais une solution construite par le groupe et pour le groupe. Outre les explications et l'acquisition d'une pratique, les thèmes essentiels ont été le renforcement des capacités de récupération dans le contexte du moment, l'encouragement à un investissement personnel et l'appel à la responsabilité.

Les Bosniaques membres du groupe ne considéraient pas leurs symptômes comme étant «dans la tête» ou comme un problème en relation avec leurs émotions individuelles. Au contraire, ils avaient tendance à se situer à l'arrière-plan des scènes l'horreur et de tortures vécues selon un mode de contrôle extérieur. Dans ces conditions,

une approche intrapsychique psychothérapeutique aurait été strictement inutile et interprétée comme un manque de respect de leurs souffrances.

Au début, ces événements étaient lus comme une illustration de la méchanceté humaine et du «destin» mauvais et absurde. La religion qui donne un sens à l'incompréhensible et permet de garder la foi en la Providence malgré la détresse (Job), qui encourage le recours à des formes de solidarités nouvelles, et admet l'existence du sens – encore inconnu – des événements pouvait être une manière de considérer les événements, pas évidente cependant pour la plupart des participants qui se définissaient comme athées ou marxistes.

Pour ma part, comme responsable du cours, j'avais la conviction que chaque rescapé dispose de ressources suffisantes pour reconstruire son existence sans symptômes. J'avais également pour tâche de mettre en mouvement chez ces personnes traumatisées un processus de changement et de maîtrise des événements. Dès le début, il m'était apparu clairement que le cours était orienté vers l'avenir, ouvert à toutes ressources supplémentaires, et qu'il s'achèverait sur un processus de réconciliation. L'idée d'apprendre quelque chose de nouveau pour ensuite le transmettre à d'autres, c'est-à-dire l'appel à la solidarité, se révéla fructueux et efficace, comme en témoigne la diffusion rapide et durable de cet acquis. Il est important aussi de souligner qu'à côté de l'aspect cognitif de l'apprentissage, de l'investissement personnel, de l'attitude face aux traumatismes et aux migrations, ce cours faisait aussi appel aux ressources personnelles des participants et à leurs facultés d'adaptation et de maîtrise pour amorcer et mener à terme un processus de changement thérapeutique bénéfique. Dans cette perspective, il fallait une personne experte dans le domaine (psycho)thérapeutique et en matière d'animation de groupe pour mettre en place et assurer le bon déroulement de la démarche.

Interventions dans un contexte transculturel - Combinaison de techniques et de pratiques spécifiques à chaque culture

J'ai eu l'occasion de faire la connaissance d'une jeune femme médecin d'origine ruandaise, réfugiée en Suisse à la suite des violences perpétrées dans son pays, qui a suivi mes cours de formation. Elle savait bien ce qu'étaient les réactions au traumatisme, et rapporte l'expérience suivante:

Il s'agit d'une fillette de dix ans, d'origine ruandaise et résidant en Suisse avec sa mère. Le comportement de la fillette se modifia subitement après qu'elle ait vu à la télévision un épisode «Batman». Elle se plaignait de ne pas pouvoir dormir, semblait sans cesse effrayée et manifestait un

attachement excessif à sa mère. Cette dernière vint donc demander conseil à la docteure ruandaise.

Au fil de la discussion avec la fillette, il apparut clairement que les cauchemars et flash-backs qui la tourmentaient pouvait être mis en relation avec l'assassinat de son père, auquel la fillette avait assisté. La docteure chercha avec l'enfant quels seraient les moyens – les ressources – à mettre en œuvre pour améliorer la situation. Différentes propositions issues aussi bien de la culture ruandaise que suisse furent abordées sous hypnose avec la fillette et solidement ancrées ; il s'agissait par exemple d'autres séries télévisées qu'elle aimait bien, comme «Tom et Jerry», mais aussi de renforcer le sentiment de sécurité, de confiance et les liens avec sa maman vivante, jusqu'à ce que l'enfant aille mieux. Il restait pourtant toujours une part d'angoisse non résolue. Après quelques tâtonnements, la docteure réalisa soudain que la fillette était issue d'une famille très chrétienne, et elles eurent ensemble une discussion sur Jésus. La question de l'amour et du pardon de Jésus fut abordée comme ultime ressource. Cela permit à la fillette de se régler le problème des cauchemars et des flash-backs, de se délester de sa peur et de retrouver un sentiment de sécurité. Depuis lors, la fillette a retrouvé un sommeil tranquille et des journées normales.

Approches traditionnelles sociales du traumatisme

Toutes les victimes de violence et de catastrophe ont besoin de rites sociaux signifiant que leur vécu est pris en compte et reconnu.

Les vétérans du Vietnam ont lutté pendant des années pour obtenir l'édification à Washington d'un mémorial avec les noms de leurs camarades disparus. De tels monuments se trouvent maintenant dans plusieurs villes des Etats-Unis. Le mémorial de Yad Vashem à Jérusalem à la mémoire des victimes de l'Holocauste, et d'autres monuments semblables dans le monde entier sont des signes de ce soutien rituel.

En Allemagne, après la catastrophe minière de Borcken, il a fallu un édifice à la mémoire des disparus pour que la communauté bi-culturelle germano-turque trouve l'apaisement (groupe de travail Stolzenbach, 1992).

Le procès de Nüremberg qui a suivi la deuxième guerre mondiale et les actions en justice contre les généraux des dictatures sud-américaines en Argentine ou au Chili jouent un rôle important en dénonçant officiellement les graves injustices commises ; c'est aussi le cas des la Commission Vérité et Conciliation en Afrique du Sud, des tribunaux de guerre pour la Yougoslavie à La Haie et pour le Ruanda à Arusha. Toutes ces démarches juridiques ont pour fonction de dénoncer les événements, c'est-à-dire de les structurer de façon cognitive, puis de reconnaître et prendre au

sérieux les blessures et les souffrances des victimes, d'accuser, de juger et de condamner, condition nécessaire pour obtenir réparation et instauration d'un climat de paix. Ce qui n'est pas puni, puis pardonné, reste un poids et laisse un arrière-gout d'injustice, de rancune et d'amertume.

La justice n'apporte souvent pas grand bénéfice à l'individu sur le plan juridique. Elle est pourtant indispensable à l'intégration rituelle et à l'interprétation des événements traumatisants et permet à la société de reconstruire la paix.

Des ressemblances de forme mais un contenu culturel spécifique

Si l'on admet l'idée que le cerveau humain est partout le même et répond de la même façon à la violence, les symptômes somatiques sont donc repérables partout sur la planète pour autant que l'on ait recours à la même grille d'analyse. Dans cette perspective, on peut utiliser des modèles d'intervention de forme semblable pour intervenir sur les répercussions psychologiques et psychosociales de la violence et favoriser leur intégration. Par contre, le contenu de ces interventions dépendra étroitement du contexte culturel, des critères d'interprétation et bien entendu de la personnalité propre de chaque individu. Les principaux éléments formels communs sont les suivants :

1. La sécurité est la première condition requise pour amorcer un processus de changement :

- se trouver dans un environnement qui assure la sécurité vitale minimale (variable selon les critères géographiques et culturels).
- se trouver dans un environnement social sûr et fiable.
- entretenir avec le thérapeute une relation rassurante de confiance.

Chez les victimes de traumatisme, le besoin de se sentir rassuré et en sécurité est souvent exagéré, comme si l'impossibilité de pouvoir contrôler les événements était compensée par un besoin de sécurité «perpétuelle et totale».

2. Entendre le récit des événements traumatisants nécessite une grande maîtrise de soi pour éviter de se laisser submerger par ses propres émotions. Il s'agit au contraire de repérer les ressources de la victime et les mettre à profit. Cette attitude salutogénétique est indispensable mais ne remplace ni la compassion à l'égard de la personne concernée, ni la prise au sérieux. Le principe central de cette démarche est l'optimisme qui considère que pour tout individu rescapé et «vivant», existe une solution possible pour changer et améliorer sa situation.

3. Dans le cas de réaction aiguës au stress (ASD), réactions normale et naturelles à un événement anormal, la personne concernée a besoin – toujours au niveau formel – d'un soutien plein de sympathie pour parvenir à retrouver un équilibre et une certaine continuité «malgré tout». C'est ce type d'attitude qui rend possible l'«après», même lorsque des convictions et des représentations personnelles ont été ébranlées et ont perdu leur valeur de référence, même si le désespoir engendre un flot d'émotions négatives qui épuise la faculté de récupération et paralyse l'élaboration cognitive des événements. Les réactions aiguës au stress sont abordées partout de la même manière : une expérience traumatique résulte toujours d'une faille dans le système de protection social attendu et le fait de former un groupe de soutien avec des «bons» représentants de cette société prend d'autant plus de valeur. Il représente le lieu où revivre le passé traumatisant, le comprendre et lui donner sens et le dénoncer ; c'est là aussi qu'interviennent solidarité et réhabilitation. C'est donc une sorte d'environnement rituel par lequel une collectivité prend pleinement acte du vécu de l'un des siens.

4. La confrontation cognitive avec les faits. Qu'elle ait lieu au niveau structurel ou non ne joue ici qu'un rôle secondaire. Ce qui importe est que ce processus se déroule toujours au sein d'une collectivité : groupe d'amis, de voisins, de connaissances, clan, ou toutes autres personnes concernées, et que les émotions partagées deviennent alors supportables ; les explications et propositions d'activité permettent ensuite de diminuer l'état de tension physique.

5. Les rites contribuent à dépasser un vécu perturbant, à consolider des convictions personnelles, ébranlées, et à ouvrir des perspectives sur l'avenir. Ils donnent à l'expérience traumatisante forme et signification nouvelles.

Les structures des interventions sont comparables aussi dans le cas de syndrome de stress post-traumatique. Mentionnons ici :

1. La confrontation cognitive : dans une approche (Setting) différente, que ce soit en thérapie individuelle ou dans un groupe, on met les événements en mots en forme, on repère le fil rouge, le fil conducteur qui se dégage du récit. Peu à peu l'ordre s'installe dans un vécu embrouillé, préparant déjà la réalisation de l'étape suivante.

2. L'explication des émotions, des impressions, et de ce qu'elles suscitent.

3. L'apaisement des tensions physiques ou psychiques par différentes techniques se fait sentir rapidement.

4. La société doit prendre une position claire par rapport aux événements et les reconnaître comme inacceptables, qu'il s'agisse sur le plan social de guerres, de tueries, de destruction et de torture, ou bien de violences intra-familiale ou d'abus sexuels (Madanes, 1997). Accuser, juger et condamner, puis réparer et réhabiliter sont des étapes essentielles aussi dans notre monde occidental.

Pour parvenir à une confrontation cognitive avec les événements sans provoquer une déferlement d'émotions, on a parfois recours à des sortes de surcharges sensorielles :

Regarder fondre le métal de la cuillère et entendre la litanie de versets coraniques, suivre des yeux les mouvements du guérisseurs en écoutant les commentaires de l'assistance (EMDR).

Stimulation physique et litanies (TFT).

Mouvements de la tête associés au rythme de la respiration (rite toltèque).

Ces procédés sont des voies détournées qui permettent à la personne concernée de mettre de l'ordre dans ses pensées sans être envahie par un flot de sentiments. L'hypnose donne un résultat comparable par la «dissociation multiple» associée à des consignes précises. Peu importe ici de déterminer si le processus se joue au niveau du conscient (Perren-Klingler, en cours d'impression, 1998).

Par contre, il pourrait être intéressant de chercher pourquoi toutes les pratiques citées plus haut effectuent une stimulation neurologique entraînant un mouvement latéral des yeux.

La notion du temps, directement liée au contexte culturel, n'intervient que dans l'élaboration du vécu par l'individu, et ne fait pas ici l'objet d'une étude particulière.

Conclusion

Les années 1980 ont connu un foisonnement de techniques d'intervention en cas de syndrome de stress post-traumatique, centrés pour la plupart sur l'individu. Avec les années 1990 cependant, on est revenu aux pratiques véhiculées par les diverses traditions, afin de faire face au nombre

croissant de situations problématiques d'origine non-européennes et à la difficulté de recourir dans ces cas à nos méthodes psychothérapeutiques classiques.

Des interventions simples se révèlent à long terme bénéfiques si elles sont effectuées au bon moment, si elles sont admises sur le plan socio-culturel, et si – idéalement – elles sont effectuées par des ressortissants de cette culture.

La découverte de rites pour conjurer la peur ou la violence et leur efficacité au sein de la communauté a suscité curiosité et respect à l'égard de ces pratiques, et nous a incité à les comparer avec nos propres types d'intervention pour en rechercher l'éventuel dénominateur commun. Nous avons tiré une leçon de modestie face à la sagesse ancestrale transmise depuis des générations dans diverses traditions. Il est clair que notre civilisation moderne, dont les traditions s'estompent ou se perdent, doit aussi faire référence à des techniques psychologiquement fondées. Cependant, lorsque nous rencontrons d'autres méthodes et d'autres pratiques, nous devrions savoir les considérer avec sérieux en respectant et en reconnaissant ouvertement leur utilisation.

Gisela Perren-Klingler