

Pascale Senk - le 24/09/2013

Les avancées en neurosciences permettent de mieux comprendre la nature et les séquelles du traumatisme psychique.

Il y a ces accidentés de la route qui gardent un ressenti léger, mais qui ne peuvent raconter ce qui s'est passé. Ces témoins d'agression qui, des années après, ressassent la scène violente, et ces anciens enfants maltraités qui n'ont aucun souvenir précis. «C'est comme une zone blanche, un trou dans la tête», affirment-ils.

«Une déchirure du moi», disait Freud. Mais à son époque, pour comprendre les psychotraumatismes, il ne pouvait s'appuyer que sur les témoignages de ses patients. Aujourd'hui, psychothérapeutes et scientifiques travaillent ensemble. Un colloque organisé par la Fédération française de psychothérapie et psychanalyse permettra prochainement de confronter leurs approches*.

Car les résultats sont passionnants: les dernières recherches sur le cerveau, qui s'appuient sur des techniques d'imagerie médicale très sophistiquées, confirment certaines observations faites auparavant côté psy.



«En cas de trauma, nous savons désormais que les différentes strates du cerveau (cerveau reptilien, cerveau limbique et cortex cérébral) sont atteintes, explique une intervenante au colloque, le Dr Laurence Carlier, neurologue au CHU de Caen et membre de l'équipe Inserm de Caen. C'est tout notre système de régulation des émotions, en cas de danger, qui semble alors dépassé: plus une expérience traumatisante submerge l'individu, plus les parties primitives de son cerveau se mettent en jeu (cerveau reptilien) pour aider à trouver des mécanismes de survie. Le cortex préfrontal médian (cortex cérébral) ne parvenant plus à inhiber l'amygdale (petite structure dans le cerveau limbique qui détecte le danger), celle-ci hyperfonctionne alors en permanence. Résultat: la victime continue des années plus tard à vivre comme si le danger d'hier était présent aujourd'hui, dans un état d'hypervigilance permanent.»

Ont aussi été observés l'hypo ou l'hyper-fonctionnement de certaines régions du cerveau et l'atrophie de certaines autres. «Des études IRM montrent que des personnes ayant subi des abus sexuels dans l'enfance ont réellement des zones cérébrales dont le volume est diminué», observe le Dr Laurence Carlier.

Autre découverte: le trauma laisse bien une «trace» dans notre organisation cérébrale, et donc psychique et ce, quelle que soit l'intensité de l'événement perturbateur. En matière de trauma, on évitera donc d'établir une hiérarchie de la souffrance, car l'impact éprouvé dépend surtout de la rencontre d'un individu singulier avec une situation difficile.

Le Dr Yasmine Liénard, psychiatre et auteur de *Pour une sagesse moderne* (Éd. Odile Jacob), rappellera cependant qu'il y a deux grandes catégories de traumatismes : ceux qui ont été répétés dans l'enfance d'un sujet (carence affective, abus sexuels, maltraitance...). «Ces traumatismes-là ne sont pas liés à une peur imminente de mourir, observe-t-elle, mais confrontent l'enfant à un vide d'amour qui laissera des séquelles quant à la construction d'une estime de soi, une dépression toute sa vie et la reproduction de schémas dysfonctionnels relationnels.»

Existent aussi les psychotraumatismes brutaux, nés d'une effraction dans le sentiment jusque-là continu qu'on avait de la réalité, qu'il s'agisse d'un attentat, d'un accident voire d'une trahison. «La victime est alors confrontée de façon aiguë et inattendue à sa mort potentielle, au fait que le cours de son existence lui échappe, et elle ne peut donner un sens à ce qui n'a pas été assimilé dans son existence», explique la psychiatre. Les séquelles dans ces types de traumas ont particulièrement été étudiées à partir des années 1980 chez les vétérans de la guerre du Vietnam et ont abouti à la description du SSPT (syndrome de stress post-traumatique) avec son lot de manifestations critiques.

Chez certaines personnes traumatisées persiste la «ruminantion» de la scène d'effroi, tandis que d'autres ne se rappellent rien. «La mémoire traumatique se caractérise par le fait qu'elle n'est pas intégrée dans l'histoire de l'individu, résume le Dr Laurence Carlier. Soit elle est enfouie et peut éventuellement se manifester au travers de troubles psychosomatiques, soit elle reste extrêmement bruyante comme dans le SSPT.»

Ces preuves neuronales du psychotraumatisme ouvrent des pistes thérapeutiques. Pour la neurologue, la psychothérapie, lorsque celle-ci est une véritable rencontre empathique entre deux cerveaux qui partagent des neurones miroirs, permet «d'engager» le cortex préfrontal du patient dans un travail de pleine conscience. Ainsi, la capacité à retourner vers la mémoire traumatique et la verbalisation rétablissent la capacité à «penser» l'effroi plutôt qu'à être submergé.

Pour le Dr Yasmine Liénard, la pratique quotidienne de la méditation après un travail individuel sur les séquelles du traumatisme s'avère une alliée incontestable. «Les études montrent qu'elle développerait certaines zones liées aux émotions positives et activerait la synchronicité cérébrale», explique-t-elle. Là encore, ces mécanismes physiologiques permettent d'assimiler un traumatisme. Le cerveau, grâce à son extraordinaire plasticité, est alors roi.
