

# Quand le passé fait encore parti du présent

Carnet du passé



***Comprendre le  
traumatisme***

Muriel Pélas

psychopraticienne certifiée MIGS

## Avant de commencer . . .

---

Si vous tenez ce guide entre vos mains, c'est peut-être parce que quelque chose en vous sait que le passé n'est pas tout à fait « passé ».

Peut-être ressentez-vous encore des émotions intenses face à certaines situations, des réactions qui vous surprennent vous-même, ou cette impression diffuse que quelque chose vous freine sans que vous puissiez mettre des mots dessus.

Sachez d'abord ceci : vous n'êtes pas seul(e). Et ce que vous vivez a une explication.

Ce guide a été conçu pour vous aider à comprendre ce qui se passe réellement dans votre cerveau et votre corps lorsque le passé continue d'impacter votre présent. Pas de jargon compliqué, pas de théories abstraites — mais des connaissances scientifiques actuelles, expliquées, pour vous donner enfin des clés de compréhension.

Comprendre, c'est déjà commencer à guérir.

Car oui, la guérison est possible. Les neurosciences nous l'ont prouvé : le cerveau possède une capacité extraordinaire de changement appelée neuroplasticité. Ce qui a été « programmé » par des expériences douloureuses peut être « reprogrammé » grâce à des approches thérapeutiques adaptées.

**Ce guide vous accompagnera à travers quatre étapes :**

1. Comprendre ce qu'est vraiment un traumatisme
2. Identifier comment il impacte votre vie
3. Découvrir les chemins de la guérison
4. Faire le premier pas vers votre transformation

Prenez votre temps. Certains passages peuvent faire écho à votre histoire. C'est normal. Posez ce guide si vous en ressentez le besoin, et revenez-y quand vous vous sentirez prêt(e).

Avec bienveillance,  
Muriel Pélas

## CHAPITRE 1

# Neurobiologie du traumatisme

## TEMPS 1 — Pendant l'événement : la réponse de survie

Imaginez la scène. Vous marchez dans la rue. Soudain, une voiture grille un feu rouge et fonce vers vous. Que se passe-t-il dans votre corps à cet instant précis ?

Avant même que vous ayez le temps de penser « danger », votre cerveau a déjà enclenché une cascade de réactions. En quelques millisecondes — bien plus vite que toute pensée consciente — votre organisme bascule en mode survie.

Ce n'est pas vous qui décidez de réagir. C'est votre système nerveux autonome qui prend le contrôle. Et c'est précisément ce qu'il est censé faire.

## Deux systèmes complémentaires

Face à une menace, votre corps active simultanément deux systèmes de réponse au stress. Ils travaillent ensemble, mais sur des temporalités différentes :

### ① Le système SAM — la réponse immédiate

SAM signifie Sympatho-Adreno-Medullaire. Derrière ce terme technique se cache le système responsable de votre réaction instantanée au danger.

Voici comment il fonctionne

L'amygdale, cette petite structure en forme d'amande située dans les profondeurs de votre cerveau, joue le rôle de détecteur de menaces. Elle analyse en permanence les informations sensorielles à la recherche de signaux de danger. Quand elle en détecte un, elle envoie instantanément un signal d'alarme.

Ce signal active le système nerveux sympathique, qui à son tour stimule la médullosurrénale — la partie centrale des glandes surrénales, situées au-dessus de vos reins. En réponse, cette glande libère dans le sang deux hormones : l'adrénaline (ou épinéphrine) et la noradrénaline (ou norépinéphrine).

Tout cela se produit en quelques secondes.

---

*Cannon WB (1915). Bodily changes in pain, hunger, fear and rage. Appleton-Century-Crofts.*

## Les effets de l'adrénaline sur votre corps

Une fois libérée dans le sang, l'adrénaline transforme votre organisme en quelques secondes. Chaque effet a une fonction précise de survie :

- **Accélération cardiaque**

Votre cœur bat plus vite et plus fort pour envoyer davantage de sang oxygéné vers vos muscles. Vous passez de 60-70 battements par minute à 100, 120, parfois plus.

- **Dilatation des bronches**

Vos voies respiratoires s'ouvrent pour permettre une meilleure oxygénation. Votre respiration devient plus rapide et plus profonde.

- **Dilatation des pupilles**

Vos pupilles s'élargissent pour capter plus de lumière et mieux percevoir l'environnement — y compris en vision périphérique.

- **Tension musculaire**

Le sang est redirigé vers les grands groupes musculaires (jambes, bras, dos). Vos muscles se tendent, prêts à l'action.

- **Arrêt de la digestion**

Le système digestif se met en pause. L'énergie est trop précieuse pour être gaspillée à digérer quand votre vie est en jeu.

- **Peau pâle et froide**

Les vaisseaux sanguins de la peau se contractent. Si vous êtes blessé, vous saignerez moins. La sueur froide qui perle est là pour réguler la température.

### Pourquoi ces réactions sont intelligentes

Chacune de ces réponses a été sélectionnée par des millions d'années d'évolution. Face à un prédateur, nos ancêtres devaient pouvoir courir, se battre ou rester immobiles. Ceux dont le corps réagissait ainsi ont survécu et transmis leurs gènes. Votre corps fait exactement ce qu'il est programmé pour faire.

## ② L'axe HPA — la réponse prolongée

Le système SAM agit en quelques secondes, mais son effet s'épuise rapidement.

Pour maintenir l'organisme en état d'alerte plus longtemps, un second système entre en jeu : l'axe HPA.

HPA signifie Hypothalamo-Hypophyso-Surrénalien.

C'est une chaîne de communication hormonale entre trois structures de votre corps.

## Ce que fait le cortisol dans votre corps

Le cortisol est souvent présenté comme « l'ennemi » — l'hormone du stress qu'il faudrait éliminer. C'est une vision simpliste. En réalité, le cortisol est essentiel à votre survie. Le problème n'est pas le cortisol lui-même, mais sa présence chronique.

Voici ses effets sur l'organisme :

- **Mobilisation de l'énergie**

Le cortisol déclenche la libération de glucose stocké dans le foie et les muscles. Votre corps a besoin de carburant immédiat pour faire face au danger. C'est pourquoi le stress peut donner une sensation d'énergie intense.

- **Suppression de l'inflammation**

À court terme, le cortisol réduit l'inflammation. Si vous êtes blessé pendant la fuite, ce n'est pas le moment d'avoir une réaction inflammatoire qui vous ralentirait.

- **Mise en veille du système immunitaire**

Combattre une infection demande de l'énergie. En situation de danger immédiat, cette énergie doit aller ailleurs. Le système immunitaire est temporairement mis en pause.

- **Suppression des fonctions reproductives**

La reproduction peut attendre. Le cortisol inhibe la libération des hormones sexuelles. C'est pourquoi le stress chronique peut perturber les cycles menstruels ou la libido.

- **Augmentation de la vigilance**

Le cortisol agit sur le cerveau pour maintenir un état d'hypervigilance. Vous restez en alerte, attentif au moindre signe de danger.

## Le feedback négatif : comment le système s'arrête

Un système qui ne sait que s'activer serait dangereux. Votre corps a donc prévu un mécanisme d'arrêt : le feedback négatif.

Quand le niveau de cortisol dans le sang atteint un certain seuil, il envoie un signal de retour à l'hypothalamus et à l'hypophyse : « Stop, on en a assez. » Ces structures réduisent alors leur production de CRH et d'ACTH, ce qui diminue la production de cortisol.

C'est exactement comme un thermostat : quand la température souhaitée est atteinte, le chauffage s'éteint automatiquement.

---

*Herman JP et al. (2016). Regulation of the hypothalamic-pituitary-adrenocortical stress response. Compr Physiol. 6(2):603-621.*

## Quand le thermostat se dérègle

Tout ce que nous venons de décrire — la cascade SAM, l'axe HPA, le feedback négatif — fonctionne parfaitement dans une situation de stress aigu normale. Le danger survient, votre corps réagit, le danger passe, votre corps revient au calme.

Mais que se passe-t-il quand le danger ne passe pas ?

Quand il se répète ?

Quand il vient de la personne censée vous protéger ?

Quand vous êtes un enfant qui ne peut ni fuir ni se battre ?

C'est là que le système commence à dysfonctionner. Et c'est là que nous entrons dans le TEMPS 2 : quand le système reste bloqué.

### Point essentiel à retenir

La réponse au stress que nous venons de décrire n'est PAS le problème. Elle est normale, adaptative, et vous a peut-être sauvé la vie. Le traumatisme ne naît pas de cette réaction — il naît de ce qui se passe ensuite, quand le système ne parvient pas à revenir à l'équilibre.

## Ce qui nous attend dans le TEMPS 2

Dans les pages suivantes, nous allons explorer ce qui se passe quand le système de stress reste chroniquement activé. Nous verrons notamment :

- Pourquoi le trauma vécu dans l'enfance a des effets différents du trauma adulte
- Comment le cerveau se reconfigure autour de la menace permanente
- Ce que signifie concrètement « l'hyperméthylation du gène NR3C1 »
- Pourquoi certains développent un PTSD et d'autres un trauma complexe (C-PTSD)
- Comment ces mécanismes expliquent vos symptômes actuels

Comprendre ces mécanismes n'est pas qu'un exercice intellectuel. C'est le premier pas vers la compréhension de ce qui vous arrive — et vers la guérison.

---

van der Kolk B (2014). *The Body Keeps the Score*. Viking. Bremner JD (2006). *Traumatic stress: effects on the brain*. *Dialogues Clin Neurosci*. 8(4):445-61.

## TEMPS 2A — Quand le système reste bloqué : le trauma dans l'enfance

### Pourquoi c'est fondamentalement différent

Le trauma chez l'enfant ne perturbe pas un système déjà formé — il altère la construction même du système.

#### 1. Le cerveau en construction

Le trauma survient pendant les « périodes sensibles » du développement cérébral — des fenêtres temporelles où certaines régions sont particulièrement vulnérables.

Périodes de vulnérabilité maximale (Teicher et al., 2008)

Hippocampe : 3-5 ans et 11-13 ans

Corps calleux : 9-10 ans

Cortex préfrontal : 14-16 ans

#### 2. Le paradoxe de l'attachement

Main et Solomon (1990) ont identifié le pattern d'attachement désorganisé : « fright without solution » — la terreur sans solution.

Le double bind impossible :

- L'enfant dépend biologiquement de son parent pour sa survie
- Si le parent EST la source de danger, l'enfant ne peut ni fuir ni combattre
- Le système d'attachement (approcher) entre en conflit avec le système de défense (fuir)
- Résultat : comportements contradictoires, gel, dissociation

« J'ai besoin de toi ET tu me fais peur »

L'enfant est pris dans un conflit insoluble : la personne censée le protéger est celle qui le terrorise.

Ce paradoxe peut fragmenter durablement le sens de soi et la capacité relationnelle.

*Schore (2001, 2012); Main & Solomon (1990)*

### 3. Les altérations structurelles documentées

L'imagerie cérébrale révèle des différences anatomiques durables chez les adultes ayant subi des traumatismes dans l'enfance :

- **Hippocampe :**  
volume réduit, particulièrement les sous-champs CA3 et gyrus denté — altère la mémoire contextuelle
- **Amygdale :**  
volume augmenté, hyperréactivité aux stimuli menaçants — système d'alerte en surrégime permanent
- **Cortex préfrontal :**  
matière grise réduite, connectivité altérée — diminue la capacité de régulation émotionnelle
- **Corps calleux :**  
réduction de surface — communication inter-hémisphérique perturbée
- **Cortex cingulaire antérieur :**  
volume réduit — altère la détection des erreurs et le contrôle cognitif

### 4. La marque épigénétique

Le trauma infantile ne modifie pas seulement la structure du cerveau — il peut modifier l'expression même des gènes.

Étude fondatrice de McGowan et al. (2009, Nature Neuroscience) : les victimes de suicide avec histoire d'abus dans l'enfance présentent une hyperméthylation du promoteur du gène NR3C1 (récepteur aux glucocorticoïdes).

#### Ce que cela signifie concrètement

Moins de récepteurs aux glucocorticoïdes = moins de feedback négatif = axe HPA chroniquement dérégulé. Le corps reste bloqué en mode stress, même en l'absence de danger.

### 5. Trauma complexe (C-PTSD) vs PTSD simple

L'ICD-11 (OMS, 2019) distingue désormais le PTSD complexe, qui ajoute aux symptômes classiques :

- Perturbations profondes de la régulation émotionnelle
- Altérations du sens de soi (sentiment de vide, honte, culpabilité chronique)
- Difficultés relationnelles persistantes

Ces symptômes ne sont pas « ajoutés » à une structure existante — ils SONT la structure qui s'est développée dans le chaos.

---

*Teicher & Samson (2016); McGowan et al. (2009); ICD-11 (OMS, 2019)*

## TEMPS 2B — Le trauma enregistré à l'âge adulte

### Un cerveau mature face à l'effraction

Le trauma à l'âge adulte survient dans un cerveau dont la maturation est achevée. C'est une effraction dans un système fonctionnel, pas une perturbation de sa construction.

#### 1. Ce qui change fondamentalement

- Cerveau mature  
Le cortex préfrontal est pleinement développé (vers 25 ans). Les circuits de régulation émotionnelle existent.
- Capacités de défense  
Contrairement à l'enfant dépendant, l'adulte peut théoriquement fuir, combattre, demander de l'aide.
- Ressources cognitives  
Capacité à contextualiser l'événement, à le situer dans le temps, à le distinguer du présent.
- Sens de soi établi  
L'identité existe avant le trauma — elle peut être ébranlée, mais pas construite dans le chaos.

#### 2. Profil neurobiologique du PTSD adulte

Les études d'imagerie montrent des altérations fonctionnelles caractéristiques :

- Hyperactivation de l'amygdale aux stimuli menaçants
- Hypoactivation du cortex préfrontal médian (régulation émotionnelle)
- Perturbation de la connectivité amygdale-préfrontal

#### Question scientifique ouverte

La réduction hippocampique observée chez certains patients PTSD est-elle une conséquence du trauma ou un facteur de vulnérabilité préexistant ?

Les études de jumeaux (Gilbertson et al., 2002) suggèrent que certaines différences pourraient précéder l'exposition.

### 3. Un pronostic généralement meilleur

Les données épidémiologiques (WHO World Mental Health surveys) indiquent :

#### Trajectoires de récupération du PTSD

- 50% des cas récupèrent dans les 24 mois
- 77% récupèrent dans les 10 ans
- Avec traitement : 30% guérison complète, 40% amélioration significative

### 4. Facteurs favorisant la récupération naturelle

- Retour rapide à la routine quotidienne
- Soutien social disponible et mobilisé
- Capacité à intégrer cognitivement l'événement
- Absence d'histoire traumatique antérieure
- Pas de trauma relationnel (le danger ne venait pas d'un proche)

### 5. Nuances importantes

Le trauma adulte n'est pas « moins grave » que le trauma infantile. L'intensité de la souffrance ne dépend pas de l'âge d'exposition.

Cependant, les mécanismes diffèrent :

- Le PTSD adulte répond généralement bien aux traitements evidence-based (EMDR, thérapie d'exposition)
- Le C-PTSD (souvent lié au trauma infantile) nécessite souvent un travail plus long sur l'attachement et l'identité
- L'histoire développementale influence la réponse au trauma actuel

#### Point essentiel

La distinction enfant/adulte n'est pas une hiérarchie de souffrance. C'est une clé de compréhension : le même événement n'impacte pas de la même façon un système en construction et un système mature.

---

WHO World Mental Health surveys; Cleveland Clinic (2025); van Minnen et al.

## Synthèse : Enfant vs Adulte

Dimension	Trauma enfance	Trauma adulte
Cerveau	En construction	Mature
Vulnérabilité	Architecturale	Fonctionnelle
Attachement	Peut être la source du danger	Généralement préservé
Défenses	Limitées (dépendance)	Disponibles
Altérations	Structurelles durables	Plus réversibles
Sens de soi	Se forme dans le chaos	Peut être ébranlé mais existe
Diagnostic typique	C-PTSD / DTD	PTSD simple plus fréquent
Pronostic	Plus long, plus complexe	Meilleur avec traitement

Cette distinction n'est pas une hiérarchie de souffrance — c'est une clé de compréhension des mécanismes et des besoins thérapeutiques différents.

## TEMPS 3 — Les réponses psychologiques et mentales

Nous avons vu comment votre corps réagit au trauma sur le plan biochimique.

Mais que se passe-t-il dans votre esprit ?

Comment votre psyché tente-t-elle de survivre à l'inimaginable ?

La recherche contemporaine nous révèle que les réponses psychologiques au traumatisme varient considérablement selon deux axes fondamentaux :

- 1. Chez l'enfant :** trauma intrafamilial (par les donneurs de soins) versus trauma extrafamilial (par l'extérieur)
- 2. Chez l'adulte :** trauma sur une psyché « saine » versus trauma sur une psyché déjà fragilisée (retraumatisation ou schéma de répétition)

### A. Le traumatisme chez l'enfant : deux réalités distinctes

#### A.1. Le trauma extrafamilial : quand la menace vient de l'extérieur

Lorsqu'un enfant est traumatisé par une source extérieure à sa famille (accident, agression par un inconnu, catastrophe naturelle), il dispose généralement d'une ressource fondamentale : la figure d'attachement reste une base sécurisante.

L'enfant peut :

- Se réfugier auprès de ses parents
- Être consolé et régulé par ses donneurs de soins
- Recevoir une validation de son expérience
- Bénéficier d'une co-régulation émotionnelle

*« La régulation émotionnelle semble se développer dans le contexte d'une relation de soins réactive. Non seulement les donneurs de soins pourvoient aux besoins de survie fondamentaux de leurs enfants, mais les interactions avec les donneurs de soins sont nécessaires au développement de l'autorégulation corporelle. »*

**Conséquence :** Le pronostic est généralement meilleur car le système d'attachement reste intact et peut servir de tampon contre les effets du trauma.

## A.2. Le trauma intrafamilial : quand la menace vient du donneur de soins

C'est ici que réside le **paradoxe le plus dévastateur** pour le développement psychique de l'enfant.

### Le paradoxe de la trahison par l'attachement

La théorie du trauma de trahison (Betrayal TraumaTheory), développée par Jennifer Freyd, postule qu'il existe une utilité sociale à rester inconscient de l'abus lorsque l'auteur est un donneur de soins.

**« Si la personne trahie est un enfant et que le traître est un parent, il est particulièrement essentiel que l'enfant ne cesse pas de se comporter d'une manière qui inspire l'attachement. Pour l'enfant, se retirer d'un donneur de soins dont il dépend menacerait davantage sa vie, tant physiquement que mentalement. »**

### Le mécanisme de « cécité à la trahison »

Reconnaissant que la trahison pourrait endommager la sécurité de l'attachement à un donneur de soins essentiel, il peut être psychologiquement nécessaire de rester inconscient de cette violation.

Cette inconscience permet à l'enfant d'éviter le paradoxe de « l'effroi sans solution ».

### Conséquences spécifiques du trauma intrafamilial :

**« Des corrélations significatives ont été trouvées entre les symptômes de dissociation pathologique et le trauma intrafamilial.**

**Aucune corrélation significative n'a été trouvée entre le trauma extrafamilial et la dissociation pathologique. Les résultats suggèrent que des caractéristiques traumatiques spéciales (le trauma de l'enfance perpétré par un membre de la famille) plutôt que de simples effets cumulatifs du trauma peuvent avoir de plus grandes implications pour le développement de la dissociation pathologique. »**

## A.3. Tableau comparatif :

### Enfant traumatisé par l'extérieur vs par le donneur de soins

Dimension	Trauma extrafamilial	Trauma intrafamilial
Base de sécurité	Préservée	Détruite ou inexistante
Figure d'attachement	Peut être ressource de guérison	Est la source du danger
Dissociation	Moins fréquente	Corrélation significative avec dissociation pathologique
Régulation émotionnelle	Peut être co-réglée par le parent	Capacités de régulation altérées
Sens de soi	Généralement préservé	Se construit dans le chaos
Diagnostic typique	PTSD simple plus fréquent	C-PTSD / Trouble de Développement Traumatique
Pronostic	Meilleur avec traitement	Plus long, plus complexe

— Plattner et al., *Journal of Nervous and Mental Disease*, 2003

## B. Le traumatisme chez l'adulte : deux trajectoires différentes

### B.1. L'adulte en bonne santé mentale face à un trauma unique

Lorsqu'un adulte sans antécédents traumatiques significatifs vit un événement traumatisant isolé (accident, agression, catastrophe), il dispose de :

- Un système nerveux calibré de manière « normale »
- Des capacités de régulation émotionnelle développées
- Un sens de soi stable et cohérent
- Des stratégies d'adaptation acquises
- Un réseau social fonctionnel

*« Pour la grande majorité de la population, le traumatisme psychologique provoqué par l'expérience d'une menace profonde est limité à une perturbation aiguë et transitoire. »*

— Sherin & Nemeroff, *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 2011

#### Facteurs de meilleur pronostic :

- Sens de soi préexistant et stable
- Capacités de régulation émotionnelle intactes
- Attachement généralement préservé
- Altérations plus réversibles

### B.2. L'adulte retraumatisé : quand le passé amplifie le présent

#### B.2.1. La re - traumatisation : réactivation d'un ancien trauma

*« La retraumatization est décrite comme une exacerbation significative des symptômes post-traumatiques, basée sur trois éléments fondamentaux : premièrement, l'individu doit avoir développé un PTSD à la suite du trauma initial ; deuxièmement, après avoir vécu un trauma supplémentaire, les symptômes d'intrusion se réfèrent au trauma initial plutôt qu'au trauma subséquent ; et troisièmement, une retraumatization est associée à une augmentation significativement plus durable des symptômes de PTSD préexistants. »*

— Schock et al., *European Journal of Psychotraumatology*, 2016

#### B.2.2. La compulsion de répétition : quand le trauma se rejoue

*« Le trauma peut être répété aux niveaux comportemental, émotionnel, physiologique et neuroendocrinologique. La répétition à ces différents niveaux cause une grande variété de souffrances individuelles et sociales. »*

— Van der Kolk, *Psychiatric Clinics of North America*, 1989

« Ces réenactements comportementaux sont rarement compris consciemment comme liés à des expériences de vie antérieures. Cette compulsion de répétition a reçu étonnamment peu d'exploration systématique depuis sa découverte il y a 70 ans. »

**Point clé :** Les personnes qui vivent de la violence dans leur enfance peuvent être plus susceptibles de devenir auteurs de violence plus tard dans la vie, ou de se retrouver dans des relations abusives. L'impuissance ressentie enfant peut motiver des comportements extrêmes pour éviter de la ressentir à nouveau.

### B.3. Tableau comparatif : Adulte « sain » vs Adulte retraumatisé

Dimension	Adulte traumatisé (1ère fois)	Adulte retraumatisé ou en répétition
Système nerveux	Calibré normalement avant trauma	Déjà sensibilisé, hyperréactif
Vulnérabilité	Fonctionnelle	Systèmes de réponse au stress déjà altérés
Symptômes	PTSD plus « classique »	Plus de dissociation, culpabilité, honte
Direction de la colère	Plus souvent vers les autres	Plus souvent vers soi-même
Sens de soi	Ébranlé mais existant	Peut être profondément fragmenté
Attachement	Peut être temporairement perturbé	Patterns dysfonctionnels préexistants
Pronostic	Meilleur avec traitement adapté	Impact plus durable, traitement plus long

## C. Les réponses psychologiques communes

Quelle que soit la configuration, certaines réponses psychologiques se manifestent, mais avec des intensités et des expressions différentes.

### C.1. La dissociation

«La dissociation est un phénomène complexe trans-diagnostique qui comprend un large éventail de symptômes. Elle est définie comme une discontinuité ou perturbation des fonctions habituellement intégrées, telles que la conscience, la perception, l'attention, la mémoire et l'identité. »

— *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation, 2022*

### Manifestations de la dissociation :

- **Dépersonnalisation** : détachement subjectif de sa propre personne
- **Déréalisation** : l'environnement semble irréel, flou, semblable à un film
- **Amnésie traumatique** : peut durer plusieurs décennies et conduire à une amnésie pour des sections entières de l'enfance

## C.2. Les flashbacks et intrusions mnésiques

*« Les flashbacks représentent une intrusion puissante et souvent bouleversante dans l'expérience consciente d'un individu. Contrairement au rappel de mémoire typique, un véritable flashback implique un sentiment de revivre l'événement comme s'il se produisait dans le moment présent. »*

*« Les événements traumatiques surchargent souvent les systèmes mémoriels, conduisant à une fragmentation où les détails de l'événement sont stockés de manière brute, non traitée et non contextualisée. »*

## C.3. L'hypervigilance

*« L'hypervigilance est un état de conscience accrue défini comme le sentiment d'être constamment sur ses gardes dans le but de détecter un danger potentiel, même lorsque le risque de danger est faible. Elle a été associée à des biais attentionnels, des altérations de la mémoire et des difficultés de régulation émotionnelle. »*

— Kimble et al., *Journal of Traumatic Stress*, 2014

## C.4. La dysrégulation émotionnelle

*« L'exposition au traumatisme durant l'enfance est associée à une capacité réduite à comprendre et réguler les émotions et à des niveaux élevés de psychopathologie internalisée et externalisée. »*

## C.5. Les distorsions cognitives

*« Les distorsions cognitives courantes incluent percevoir le monde comme dangereux, se voir soi-même comme impuissant ou inadéquat, ou se sentir coupable de résultats qui n'auraient pas pu être évités. »*

— Kar, *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 2011

## C.6. L'altération du sens de soi

*« Le traumatisme peut profondément affecter le sens de soi — laissant une empreinte durable. Les individus qui ont vécu un traumatisme sont souvent tourmentés par des pensées reflétant des croyances fondamentales intensément négatives sur eux-mêmes : "Je ne serai jamais capable de ressentir des émotions normales à nouveau", "Je me sens comme un objet, pas comme une personne", "Je ne me connais plus". »*

— Lanius et al., *European Journal of Psychotraumatology*, 2020

## D. Pourquoi ces distinctions comptent pour la guérison

Comprendre ces distinctions est fondamental pour plusieurs raisons:

**Le traitement doit être adapté :** Un trauma intrafamilial nécessite une reconstruction du système d'attachement que le trauma extrafamilial ne requiert pas nécessairement.

**Le pronostic diffère :** Les événements traumatiques rencontrés tôt dans le cours de la vie exercent un impact négatif plus important sur la santé psychologique à l'âge adulte.

**Les mécanismes sont différents :** Le traumatisme perpétré par quelqu'un en qui la victime a une relation proche est plus dommageable psychologiquement.

**La répétition doit être identifiée :** Prendre le contrôle de sa vie actuelle, plutôt que de répéter le trauma en action, humeur ou états somatiques, est l'objectif du traitement.

**À retenir :** Quelle que soit votre histoire, la guérison est possible.  
Comprendre les mécanismes qui se sont mis en place est la première étape vers la transformation.

## TEMPS 4 — Besoins vitaux et besoins fondamentaux : une distinction cruciale

Avant d'explorer les séquelles émotionnelles du traumatisme, il est essentiel de comprendre une distinction fondamentale : celle entre les besoins vitaux et les besoins fondamentaux. Cette distinction éclaire pourquoi le traumatisme relationnel — particulièrement celui infligé par un donneur de soins — est si dévastateur.

### A. Les besoins vitaux : la survie immédiate

Les besoins vitaux sont des besoins indispensables à la survie immédiate de l'organisme. Ils incluent les éléments indispensables à la survie : respirer, boire, manger, éliminer, se protéger du froid et de la chaleur, être en sécurité, dormir.

#### La « Loi des 3 » en survie :

- 3 minutes sans air
- 3 heures sans abri (régulation thermique)
- 3 jours sans eau
- 3 semaines sans nourriture

Si ces besoins ne sont pas satisfaits, la conséquence est claire : la mort physique, à court terme.

### B. Les besoins fondamentaux : au-delà de la survie physique

Les besoins fondamentaux englobent les besoins vitaux mais vont bien au-delà. Ils sont d'ordre physique, social et mental. La recherche a montré qu'un certain nombre de besoins psychologiques sont tout aussi indispensables à la survie que les besoins physiologiques.

**« L'hospitalisme a montré l'importance du lien social et affectif dans la survie : les carences affectives peuvent mener les nourrissons à l'arrêt de l'évolution psychomotrice et la mort. »**

— Recherche en psychologie du développement

### C. La découverte de René Spitz : quand l'amour devient vital

Dans les années 1940, le psychanalyste René Spitz a observé que des nourrissons en orphelinat, bien que recevant tous les soins physiques nécessaires (nourriture, hygiène, soins médicaux), mais privés d'interactions sociales et affectives, présentaient un tableau dramatique :

- Retard de développement sévère
- Apathie et retrait
- Vulnérabilité aux infections
- Et dans de nombreux cas : la mort

Spitz a nommé ce phénomène « hospitalisme ». Ces enfants mouraient non pas de faim ou de froid, mais de carence affective.

**« Après un changement dans les protocoles hospitaliers, les infirmières étaient activement encouragées à materner et câliner les enfants. Les résultats furent frappants : le taux de mortalité parmi les nourrissons de moins d'un an passa de 30-35% à moins de 10%. »**

— Bakwin, 1942 ; Van der Horst & Van der Veer, 2009

## D. Les expériences de Harlow : le confort prime sur la nourriture

Harry Harlow a confirmé ces observations avec ses célèbres expériences sur les singes rhésus. séparé des bébés singes de leur mère et leur a proposé deux « mères de substitution » :

- Une mère en fil de fer, froide mais qui fournissait le lait
- Une mère en tissu doux et chaud, mais sans nourriture

### Résultat marquant :

Les bébés singes passaient 17 à 18 heures par jour accrochés à la mère en tissu, et seulement 1 heure avec la mère en fil de fer — juste le temps de se nourrir. Quand ils avaient peur, ils couraient vers la mère en tissu, jamais vers celle qui les nourrissait.

***Ce que Harlow a appelé le « contact comfort » (confort de contact) s'est révélé plus important que la satisfaction du besoin alimentaire.***

## E. John Bowlby et la théorie de l'attachement

Ces découvertes ont conduit John Bowlby à formuler sa théorie de l'attachement. Pour lui, le lien entre l'enfant et son donneur de soins n'est pas un « luxe » émotionnel — c'est un mécanisme de survie façonné par l'évolution.

**« L'essentiel pour la santé mentale est que le nourrisson et le jeune enfant fassent l'expérience d'une relation chaleureuse, intime et continue avec sa mère (ou un substitut maternel permanent) dans laquelle les deux trouvent satisfaction et plaisir. »**

— John Bowlby, *Maternal Care and Mental Health*, OMS, 1951

## F. Tableau comparatif

Dimension	Besoins vitaux	Besoins fondamentaux
Nature	Physiologiques uniquement	Physiologiques + psychologiques + sociaux
Si non satisfaits	Mort physique	Mort physique OU « mort psychique »
Temporalité	Court terme (min. à sem.)	Court et long terme
Exemples	Respirer, boire, manger, dormir	Sécurité, attachement, appartenance

**Pourquoi c'est crucial pour comprendre le trauma :**

L'attachement au donneur de soins est un besoin fondamental aussi vital que manger. L'enfant ne peut pas « choisir » de se détacher de son parent abusif car cela reviendrait à renoncer à un besoin de survie. C'est ce qui rend le trauma intrafamilial si particulièrement dévastateur.

## TEMPS 6 — Les séquelles émotionnelles du traumatisme

Les premières conceptualisations du trouble de stress post-traumatique se concentraient sur la peur et l'anxiété comme expériences émotionnelles primaires. Mais la recherche contemporaine révèle un tableau bien plus complexe : le traumatisme laisse des empreintes émotionnelles multiples qui vont bien au-delà de la peur.

**« Pour certains individus souffrant de TSPT, la honte, la tristesse ou la colère sont davantage associées à la détresse clinique et à l'altération fonctionnelle du trouble que la peur pathologique. »**

— Badour et al., *Journal of Traumatic Stress*, 2015

### ① La peur : l'émotion « historique » du trauma

La peur est une émotion essentiellement prospective, surgissant pendant l'événement et concernant le potentiel de danger. Elle active le système de survie et prépare le corps à fuir ou combattre.

Dans le TSPT, la peur devient **chronique et généralisée**. Le système nerveux reste bloqué en mode « alerte », même en l'absence de danger réel. C'est ce qui explique l'hypervigilance, les sursauts exagérés, et l'évitement des situations rappelant le trauma.

### ② La honte : « Je suis défectueux »

La honte est une émotion sociale universelle, définie comme un ensemble douloureux d'états affectifs et cognitifs caractérisés par un jugement négatif de soi découlant d'une perception d'échec, d'inadéquation ou de défaillance.

**« La honte induit une dévaluation globale de soi et demeure au cœur de la perception de soi, conduisant ainsi à un désir de disparaître ou de s'échapper, souvent visible dans le détachement ou la dissociation de la réalité. »**

— *European Journal of Psychotraumatology*, 2023

**Donnée clé :** Dans un échantillon de 1 522 survivants de trauma interpersonnel, les difficultés liées à la colère et à la honte ont montré des associations plus robustes avec les symptômes de TSPT que la peur persistante.

### ③ La culpabilité : « J'ai mal agi »

Contrairement à la honte qui porte sur l'être (« je suis mauvais »), la culpabilité porte sur le faire (« j'ai fait quelque chose de mal »). Elle implique des évaluations négatives de ses comportements plutôt que de son caractère.

#### Distinction importante :

- **Honte** = « Je suis défectueux » → tendance à se cacher, s'isoler, se dissocier
- **Culpabilité** = « J'ai mal agi » → tendance à ruminer, réparer, s'auto-punir

### ④ La colère : l'émotion « interdite »

La colère est un état émotionnel associé à des distorsions cognitives spécifiques et des changements physiologiques. Il existe des preuves considérables que la colère est associée à la sévérité du TSPT.

**Particularité selon le type de trauma :** les patients ayant vécu des traumatismes multiples dirigent plus souvent leur colère vers eux-mêmes, tandis que les patients ayant vécu un trauma unique dirigent plus souvent leur colère vers les autres.

## ⑤ La tristesse et le deuil

Qu'un événement traumatique implique ou non la mort, le survivant doit faire face à la perte — au moins temporaire — de son sentiment de sécurité. La réaction naturelle à cette perte est le deuil.

La tristesse post-traumatique est un deuil pour :

- La personne que l'on était avant le trauma
- La vision du monde comme un lieu sûr
- La confiance dans les autres ou dans soi-même
- Les opportunités ou relations perdues à cause du trauma

## Tableau récapitulatif : les séquelles émotionnelles

Émotion	Croyance associée	
Peur	« Le monde est dangereux »	Hypervigilance, évitement, sursauts
Honte	« Je suis défectueux »	Isolement, dissociation, auto-dépréciation
Culpabilité	« J'ai mal agi »	Ruminations, auto-punition
Colère	« C'est injuste »	Irritabilité, explosions, hostilité
Tristesse	« J'ai tout perdu »	Retrait, désespoir, perte de sens

### À retenir :

Les réactions émotionnelles au trauma peuvent varier grandement et sont significativement influencées par l'histoire socioculturelle de l'individu. Au-delà des réactions émotionnelles initiales pendant l'événement, celles qui sont les plus susceptibles de se manifester incluent la colère, la peur, la tristesse et la honte. Reconnaître et nommer ces émotions est une première étape essentielle vers la guérison.

## TEMPS 7 — Les séquelles somatiques du trauma : quand le corps garde la marque

### Introduction : Le corps comme archive du trauma

La recherche contemporaine a opéré un changement de paradigme fondamental : le trauma n'est plus considéré comme un événement purement psychologique, mais comme une perturbation profondément incarnée, inscrite dans les circuits neurobiologiques, les tissus et jusqu'au niveau cellulaire.

*« Les expériences traumatiques ne sont pas simplement des événements psychologiques mais des phénomènes profondément incarnés, se reflétant et se stockant dans les systèmes nerveux et somatiques longtemps après que l'événement traumatique soit passé. »*

— Bessel van der Kolk, *The Body Keeps the Score*, 2014

## I. L'ÉTUDE ACE : LA PREUVE ÉPIDÉMIOLOGIQUE

### A. Le protocole de recherche

L'étude des Expériences Adverses de l'Enfance (ACE), menée par **Vincent Felitti** et **Robert Anda** au sein de Kaiser Permanente, constitue la plus vaste recherche épidémiologique jamais conduite sur la relation entre adversité précoce et santé adulte : **plus de 17 000 adultes** suivis sur plusieurs décennies.

Sept catégories d'expériences adverses ont été identifiées : abus psychologique, physique ou sexuel ; violence envers la mère ; vie avec des membres du foyer toxicomanes, atteints de maladie mentale ou incarcérés.

### B. Les résultats : une relation dose-réponse

Les résultats révèlent une **relation dose-réponse frappante** : à mesure que le score ACE augmente, les risques de pathologies chroniques augmentent proportionnellement.

Pathologie / Comportement	Risque multiplié par (Score ACE ≥ 4)
Cancer	× 2,0
Maladie cardiaque	× 2,0
Emphysème / bronchite chronique	× 3,9
Hépatite	× 2,4
Tentative de suicide	× 12,0
Alcoolisme	× 7,0
Injection de drogues	× 10,0

#### Impact sur l'espérance de vie :

- Score ACE ≥ 6 : probabilité **2,4 fois plus élevée** de décéder avant 65 ans
- Réduction estimée de **19 ans** de l'espérance de vie
- Exposition modérée : risque de mortalité augmenté de **50%**

## II. LES MÉCANISMES BIOLOGIQUES : COMMENT LE TRAUMA S'INCORPORE

### A. La dérégulation de l'axe HPA

L'axe hypothalamo-hypophysio-surrénalien (HPA) constitue le système central de régulation du stress. Sous l'effet du trauma chronique, ce système subit une **reprogrammation durable**.

**« L'incorporation biologique, enracinée dans le dysfonctionnement de l'axe HPA, est la théorie dominante par laquelle les maladies chroniques s'impriment chez les individus suite à l'adversité infantile. »**

— *Linking hemodynamic consequences of ACE, Brain, Behavior and Immunity, 2020*

**Le paradoxe de l'hypocortisolisme** : Contrairement à l'intuition initiale, la recherche montre qu'un **glissement vers l'hypoactivité** de l'axe HPA survient en réponse aux ACE, contribuant à une sécrétion altérée de cortisol, une inflammation chronique de bas grade, et une fonction autonome dérégulée.

**« La distance chronologique (en moyenne > 50 ans) entre les ACE et les niveaux de cortisol salivaire suggère l'existence d'une association à vie entre l'adversité infantile et la fonction neuroendocrinienne. »**

— *English Longitudinal Study of Ageing (ELSA), 2022*

### B. L'inflammation chronique : le « feu intérieur »

Le trauma précoce induit un **état pro-inflammatoire chronique** qui persiste à l'âge adulte.

Méta-analyse Baumeister et al., *Molecular Psychiatry*, 2015 : 25 études, incluant 16 870 individus pour la CRP, 3 751 pour l'IL-6, 881 pour le TNF- $\alpha$ . Les individus exposés au trauma infantile présentaient des niveaux significativement élevés de marqueurs inflammatoires à l'âge adulte :

- Protéine C-réactive (CRP) :  $z = 0,10$
- Interleukine-6 (IL-6) :  $z = 0,08$
- Facteur de nécrose tumorale  $\alpha$  (TNF- $\alpha$ ) :  $z = 0,23$

Les abus physiques et sexuels étaient associés à une augmentation significative du TNF- $\alpha$  des **profils inflammatoires distincts** selon le type de trauma.

## III. LE CORPS GARDE LA MARQUE : LES PATHOLOGIES DOCUMENTÉES

### A. Maladies cardiovasculaires

**« L'exposition au trauma pendant l'enfance augmente le risque à vie de maladie cardiovasculaire et de décès, indépendamment de l'état de santé du jeune adulte. »**

— *American Heart Association, 2020*

**Étude CARDIA (30 ans de suivi)** : Les personnes exposées aux niveaux les plus élevés d'adversité familiale infantile avaient **plus de 50% de risque supplémentaire** d'avoir un infarctus ou un AVC.

## B. Diabète de type 2 et troubles métaboliques

Une méta-analyse de 9 études a trouvé que les personnes atteintes de TSPT avaient un **risque 50% plus élevé** d'avoir un diabète que les personnes sans TSPT.

## C. Maladies auto-immunes : quand le corps s'attaque lui-même

C'est l'une des découvertes les plus frappantes de la recherche récente.

Maladie auto-immune	Risque relatif (TSPT vs contrôle)
Sclérose en plaques	× 1,30
Lupus érythémateux systémique	× 2,95
Polyarthrite rhumatoïde	× 1,14
Syndrome de Sjögren	× 6,32
Thyroïdite	× 2,70
Maladies inflammatoires intestin	× 1,14

**Relation dose-réponse** : La sévérité du TSPT était associée au risque de maladies auto-immunes de manière dose-dépendante. Les patients avec la plus haute utilisation des services psychiatriques avaient un risque **8,23 fois plus élevé** de toute maladie auto-immune.

## D. Syndromes somatiques fonctionnels

Les individus rapportant une exposition au trauma avaient **2,7 fois** plus de probabilité d'avoir un syndrome somatique fonctionnel (méta-analyse de 71 études).

- Fibromyalgie
- Syndrome de fatigue chronique
- Syndrome du côlon irritable
- Douleur chronique généralisée

*« Des troubles de l'axe HPA ont été identifiés dans tous ces troubles. Il y a une reconnaissance croissante d'un schéma partagé de symptômes et d'étiologie entre la fibromyalgie, le côlon irritable, la fatigue chronique et le TSPT. »*

— PMC2816923, The long-term costs of traumatic stress

## IV. LE CORPS COMME ARCHIVE : TENSIONS, RIGIDITÉ ET MÉMOIRE SOMATIQUE

### A. La théorie polyvagale (Stephen Porges)

Le système nerveux autonome présente trois états de régulation :

- **État ventral vagal** (engagement social) : sécurité, connexion, calme
- **État sympathique** (combat ou fuite) : mobilisation face au danger
- **État dorsal vagal** (immobilisation) : figement face à une menace écrasante

« *Quand une personne vit un événement traumatique, le corps se prépare instinctivement à combattre, fuir ou se figer. Si ces réponses sont interrompues ou supprimées, l'énergie mobilisée pour la survie reste piégée dans le système nerveux.* »

— Peter Levine, *Somatic Experiencing*

## B. Le fascia comme mémoire tissulaire

Le fascia — tissu conjonctif entourant muscles, organes et os — peut devenir tendu ou restreint en réponse au trauma, formant ce que les praticiens somatiques appellent un « **blindage** ». Ces schémas de tension se manifestent par une mauvaise posture, une mobilité limitée, ou une douleur somatique.

« *Des études EMG sur les muscles de personnes atteintes de fibromyalgie montrent des amplitudes de surface au repos augmentées. Ces muscles étaient incapables d'atteindre une relaxation complète et montraient un schéma similaire aux muscles rigides de la maladie de Parkinson.* »

— ScienceDirect, *The widespread myofascial pain of fibromyalgia, 2023*

## V. SYNTHÈSE : LE MODÈLE INTÉGRATIF TRAUMA-MALADIE

Système	Pathologies associées	Mécanisme principal
Cardiovasculaire	Infarctus, AVC, hypertension, athérosclérose	Inflammation, dérégulation HPA
Métabolique	Diabète type 2, obésité, syndrome métabolique	Résistance insuline, cortisol
Immunitaire	Lupus, PR, SEP, Sjögren, MICI	Dérégulation immunitaire
Musculosquelettique	Fibromyalgie, douleur chronique, tensions	Sensibilisation centrale
Gastro-intestinal	Côlon irritable, dyspepsie	Axe intestin-cerveau
Neurologique	Migraines, céphalées chroniques	Inflammation, sensibilisation

### Le modèle de la charge allostatique :

Quand le corps est répétitivement stressé, l'état allostatique conséquent perturbe la santé de l'individu.

Les études MacArthur sur le vieillissement ont montré que les individus dont la charge allostatique a diminué sur 5 ans avaient un risque **significativement plus faible de mortalité**.

## VI. IMPLICATIONS CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

### A. La nécessité d'une approche corps-esprit

Reconnaître que « le corps garde la marque » est crucial pour la guérison du trauma. La recherche de van der Kolk souligne l'importance d'intégrer le corps dans le traitement.

Les approches efficaces incluent :

- **Somatic Experiencing** (Peter Levine) : compléter les réponses défensives inachevées
- **Yoga sensible au trauma** : conscience corporelle et régulation autonome
- **Neurofeedback** : cibler la dérégulation cérébrale

## B. L'espoir de la réversibilité

« Les patients ayant une réduction cliniquement significative des symptômes de TSPT étaient moins susceptibles de développer un diabète de type 2 et avaient un risque plus faible d'hypertension. »

— PTSD: National Center for PTSD, 2023

### À retenir :

Le trauma ne reste pas confiné à la psyché. Il s'inscrit dans le corps à travers des mécanismes biologiques précis : dérégulation de l'axe HPA, inflammation chronique, modifications épigénétiques.

Ces changements expliquent le risque accru de maladies cardiovasculaires, métaboliques auto-immunes et musculosquelettiques. Mais la recherche montre aussi que ces processus peuvent être inversés par des interventions appropriées intégrant le corps dans la guérison.

### Sources scientifiques principales :

- Felitti, V.J. et al. (1998). ACE Study. *American Journal of Preventive Medicine*
- van der Kolk, B. (2014). *The Body Keeps the Score*. Viking
- Baumeister, D. et al. (2015). Childhood trauma and inflammation. *Molecular Psychiatry*
- Mandagere, K. et al. (2025). PTSD and autoimmune diseases. *Frontiers in Psychiatry*
- Porges, S.W. (2011). *The Polyvagal Theory*. Norton
- Pierce, J. et al. (2020). Childhood adversity and CVD. *J Am Heart Association*

## La respiration complète

Combiner deux techniques puissantes pour un effet anti-anxiété optimal.

### Base scientifique

La respiration lente active le système nerveux parasympathique et réduit le cortisol. 5 minutes suffisent pour diminuer significativement l'anxiété (études Dr Andrew Weil).

## Deux techniques, un objectif

### TECHNIQUE 4-7-8

#### = QUAND respirer

Un rythme précis :

- Inspirer pendant 4 secondes
- Retenir pendant 7 secondes
- Expirer pendant 8 secondes

### RESPIRATION ABDOMINALE

#### = OÙ respirer

Une localisation précise :

- Gonfler le VENTRE (pas la poitrine)
  - Le diaphragme descend
- La main sur le ventre se soulève



### LA COMBINAISON IDÉALE

Faire la technique 4-7-8 en respirant par le VENTRE  
= Double effet calmant sur le système nerveux



#### L'idéal : combiner les deux !

Respirez avec le ventre + suivez le rythme 4-7-8 pour un maximum d'efficacité.

## Thoracique vs Abdominale : la différence

### THORACIQUE ✗

Rapide, superficielle  
Épaules qui montent →  
*Amplifie l'anxiété*

### ABDOMINALE ✗

Lente, profonde  
Ventre qui gonfle  
→ *Calme le système nerveux*

### ✗ Comment savoir si je respire par le ventre ?

Posez une main sur le ventre, une sur la poitrine. Seule la main sur le ventre doit bouger.

## La technique pas à pas

1

### Position

Asseyez-vous confortablement ou allongez-vous, genoux légèrement pliés.

2

### Placement des mains

Une main sur le ventre (sous le nombril), l'autre sur la poitrine.

3

### Inspirez par le nez — 4 secondes

Gonflez le ventre comme un ballon. La main sur le ventre se soulève.

4

### Retenez votre souffle — 7 secondes

Gardez l'air dans vos poumons, restez détendu-e.

5

### Expirez par la bouche — 8 secondes

Laissez le ventre se dégonfler lentement. Contractez légèrement les abdos.

6

### Répétez 4 à 6 cycles

Objectif : 5 à 10 minutes de pratique quotidienne.

💡 La main sur la poitrine ne doit PAS bouger pendant tout l'exercice.

## Ma semaine de pratique

### Rappel de la technique

Inspirer 4s (ventre gonfle) → Retenir 7s → Expirer 8s (ventre dégonfle)

### Jour 1

Durée de la pratique : \_\_\_\_\_

Anxiété avant (0-10) : \_\_\_\_\_ Anxiété après (0-10) : \_\_\_\_\_

Ce que j'ai ressenti : \_\_\_\_\_

### Jour 2

Durée de la pratique : \_\_\_\_\_

Anxiété avant (0-10) : \_\_\_\_\_ Anxiété après (0-10) : \_\_\_\_\_

Ce que j'ai ressenti : \_\_\_\_\_

### Jour 3

Durée de la pratique : \_\_\_\_\_

Anxiété avant (0-10) : \_\_\_\_\_ Anxiété après (0-10) : \_\_\_\_\_

Ce que j'ai ressenti : \_\_\_\_\_

### Jour 4

Durée de la pratique : \_\_\_\_\_

Anxiété avant (0-10) : \_\_\_\_\_ Anxiété après (0-10) : \_\_\_\_\_

Ce que j'ai ressenti : \_\_\_\_\_

## EXERCICE 1 — MON SUIVI HEBDOMADAIRE (suite)

### Jour 5

Durée de la pratique : \_\_\_\_\_

Anxiété avant (0-10) : \_\_\_\_\_ Anxiété après (0-10) : \_\_\_\_\_

Ce que j'ai ressenti : \_\_\_\_\_

### Jour 6

Durée de la pratique : \_\_\_\_\_

Anxiété avant (0-10) : \_\_\_\_\_ Anxiété après (0-10) : \_\_\_\_\_

Ce que j'ai ressenti : \_\_\_\_\_

### Jour 7

Durée de la pratique : \_\_\_\_\_

Anxiété avant (0-10) : \_\_\_\_\_ Anxiété après (0-10) : \_\_\_\_\_

Ce que j'ai ressenti : \_\_\_\_\_

## Mon bilan de la semaine

Nombre de jours pratiqués : \_\_\_\_\_ / 7

Le meilleur moment pour pratiquer : \_\_\_\_\_

Ma respiration abdominale s'améliore-t-elle ? \_\_\_\_\_

Ce qui devient plus facile : \_\_\_\_\_

Ce qui reste difficile : \_\_\_\_\_

💡 Pratiquez 2 fois par jour (matin et soir), même sans anxiété. Votre corps apprendra à se calmer plus vite.

# CAHIER D'EXERCICES

## Chapitre 1 — Comprendre le trauma

### Bienvenue dans votre espace d'introspection

Ces exercices sont conçus pour vous accompagner dans une exploration douce et bienveillante de votre vécu. Il n'y a pas de bonnes ou mauvaises réponses.

Prenez le temps qu'il vous faut, et n'hésitez pas à revenir sur ces pages autant de fois que nécessaire.

■ ■ **Important** : Si certaines questions font remonter des émotions difficiles, accordez-vous une pause, en respirant profondément. Ces exercices ne remplacent pas un accompagnement thérapeutique professionnel.

### Dans ce cahier :

1. Check-list des signaux corporels
2. Mon système nerveux aujourd'hui (Échelle polyvagale)
3. Inventaire de mes besoins fondamentaux
4. Mes émotions et mon corps (Roue des émotions)
5. Technique d'ancrage 5-4-3-2-1
6. Ma boîte à outils personnelle

## EXERCICE 1 — CHECK-LIST DES SIGNAUX CORPORELS

*Le trauma s'inscrit dans le corps. Cette check-list vous invite à identifier les signaux que votre corps vous envoie peut-être depuis longtemps.*

**Cochez les manifestations que vous ressentez régulièrement :**

### Tensions et douleurs

Tensions dans la nuque / les épaules

Maux de tête fréquents / migraines

Mâchoire serrée / bruxisme (grincement des dents)

Douleurs diffuses (fibromyalgie-like)

Douleurs dorsales chroniques

Oppression thoracique /  
difficulté à respirer profondément

### Système digestif

Nœud à l'estomac fréquent

Perte ou excès d'appétit

Troubles digestifs (côlon irritable, ballonnements...)

Nausées sans cause apparente

### Système nerveux

Fatigue chronique inexplicquée

Cœur qui s'emballé sans raison apparente

Sursauts exagérés aux bruits / surprises

Sensation d'être constamment en alerte

Troubles du sommeil (insomnie, cauchemars,  
sommeil non réparateur)

Engourdissement / déconnexion du corps

### Autres manifestations

Problèmes de peau (eczéma, psoriasis...)

Maladies auto-immunes

Infections fréquentes (immunité affaiblie)

**Où dans mon corps est-ce que je ressens le plus de tension ou d'inconfort ?**

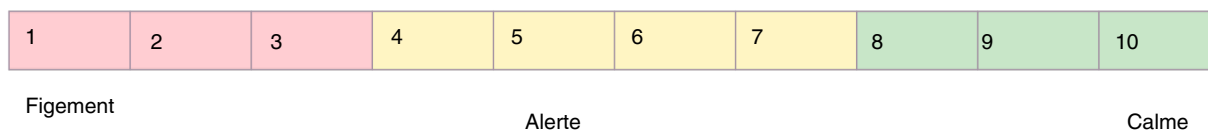
**Depuis quand ces manifestations sont-elles présentes ?**

## EXERCICE 2 — MON SYSTÈME NERVEUX AUJOURD'HUI

Selon la théorie polyvagale de Stephen Porges, notre système nerveux autonome oscille entre trois états. Cet exercice vous aide à identifier où vous vous situez en ce moment.

ÉTAT	SENSATIONS	MOI aujourd'hui
<b>■ VENTRAL VAGAL</b> <i>(Sécurité &amp; connexion)</i>	Calme, détendu(e), présent(e) Capable de connexion sociale Respiration fluide Curiosité, ouverture	
<b>■ SYMPATHIQUE</b> <i>(Combat ou fuite)</i>	Anxieux/se, agité(e), irritable Cœur qui bat vite Muscles tendus, prêt à agir Pensées qui s'emballent	
<b>■ DORSAL VAGAL</b> <i>(Figement / effondrement)</i>	Épuisé(e), engourdi(e), absent(e) Déconnecté(e) de soi et des autres Envie de disparaître Sentiment de vide, d'impuissance	

Sur une échelle de 1 à 10, où est-ce que je me situe aujourd'hui ?



Qu'est-ce qui m'aide habituellement à revenir vers un état de calme ?

Qu'est-ce qui me fait basculer vers l'alerte ou le figement ?

## EXERCICE 3 — INVENTAIRE DE MES BESOINS FONDAMENTAUX

*Nos besoins fondamentaux façonnent notre développement. Cet exercice vous invite à explorer comment vos besoins ont été (ou non) comblés dans l'enfance, et comment cela se manifeste aujourd'hui.*

### 1. SÉCURITÉ — *Se sentir en sécurité physique et émotionnelle*

Enfant :                     Oui                     Partiellement                     Non

Aujourd'hui :             Oui                     Partiellement                     Non

### 2. ATTACHEMENT — *Avoir une figure d'attachement fiable et aimante*

Enfant :                     Oui                     Partiellement                     Non

Aujourd'hui :             Oui                     Partiellement                     Non

### 3. VALIDATION — *Être vu(e), entendu(e), reconnu(e)*

Enfant :                     Oui                     Partiellement                     Non

Aujourd'hui :             Oui                     Partiellement                     Non

### 4. AUTONOMIE — *Pouvoir explorer, faire des choix*

Enfant :                     Oui                     Partiellement                     Non

Aujourd'hui :             Oui                     Partiellement                     Non

### 5. EXPRESSION — *Pouvoir exprimer ses émotions librement*

Enfant :                     Oui                     Partiellement                     Non

Aujourd'hui :             Oui                     Partiellement                     Non

### 6. LIMITES — *Avoir des limites claires et respectées*

Enfant :                     Oui                     Partiellement                     Non

Aujourd'hui :             Oui                     Partiellement                     Non

**Quel besoin non comblé a eu le plus d'impact sur ma vie ?**

**Qu'est-ce que je pourrais faire aujourd'hui pour mieux répondre à ce besoin ?**

## EXERCICE 4 – MES ÉMOTIONS ET MON CORPS

*Les émotions se manifestent dans le corps avant même que nous en ayons conscience.  
Cet exercice vous aide à identifier où vous ressentez chaque émotion.*

ÉMOTION	Où je la ressens dans mon corps	Comment elle se manifeste physiquement	Intensité (1-10)
PEUR			
COLÈRE			
TRISTESSE			
HONTE			
CULPABILITÉ			
JOIE			
AMOUR			

Quelle émotion est la plus présente pour moi en ce moment ?

Y a-t-il une émotion que j'ai du mal à ressentir ou à exprimer ? Laquelle ?

Quand ai-je ressenti cette émotion pour la première fois dans ma vie ?

## EXERCICE 5 – TECHNIQUE D'ANCRAGE 5-4-3-2-1

*Cette technique de grounding utilise vos cinq sens pour vous ramener dans le moment présent. Elle est particulièrement utile en cas d'anxiété, de flashback ou de dissociation.*

**Comment faire :** Installez-vous confortablement. Respirez lentement. Puis identifiez dans votre environnement immédiat :

■ **5 choses que je VOIS autour de moi :**

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

■ **4 choses que je peux TOUCHER :**

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_

■ **3 choses que j'ENTENDS :**

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

■ **2 choses que je SENS (odeurs) :**

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_

■ **1 chose que je peux GOÛTER :**

1. \_\_\_\_\_

**Après l'exercice :** Comment je me sens maintenant ?

Mon niveau d'anxiété avant (1-10) : \_\_\_\_\_

Après (1-10) : \_\_\_\_\_

## EXERCICE 6 — MA BOÎTE À OUTILS PERSONNELLE

*Créez votre propre répertoire de ressources et stratégies qui vous aident à traverser les moments difficiles.*

### ■ Mes personnes ressources (que je peux appeler en cas de besoin) :

Nom : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

### ■ Mes lieux sécurisants (où je me sens en paix) :

#### ■ Mes activités apaisantes :

Marcher dans la nature

Méditer / respirer

Écouter de la musique

Faire du sport / bouger

Prendre un bain chaud

Écrire / journaling

Être avec mon animal

Autre : \_\_\_\_\_

### ■ Mes phrases réconfortantes (que je peux me répéter) :

### ■ Mes signaux d'alerte (signes que je ne vais pas bien) :

#### ■ Numéros utiles :

- SOS Amitié : 09 72 39 40 50 (24h/24)
- Fil Santé Jeunes : 0 800 235 236 (gratuit)
- Violences Femmes Info : 3919
- Mon thérapeute : \_\_\_\_\_

## Félicitations

Vous avez pris le temps de vous explorer avec courage et bienveillance.

Ces exercices ne sont qu'un début — vous pouvez y revenir autant de fois que nécessaire.

N'oubliez pas : la guérison n'est pas linéaire. Chaque petit pas compte.

Et vous n'avez pas à faire ce chemin seul.e.

*« Le trauma qui n'est pas transformé est transmis. » —  
Terrence Real*

## TEMPS 1 — Les traumatismes extrafamiliaux : quand la menace vient de l'extérieur

Tous les enfants ne grandissent pas dans des familles dysfonctionnelles. Certains ont la chance d'avoir des parents aimants, présents et protecteurs — et pourtant, ils peuvent être profondément traumatisés par des événements survenant **en dehors du cercle familial**.

Dans ce cas, la famille constitue une **base sécuritaire** : un refuge où l'enfant peut revenir après l'épreuve, être consolé, protégé, accompagné dans sa guérison. Cette configuration, bien que douloureuse, offre généralement un meilleur pronostic de récupération.

### I. QU'EST-CE QU'UN TRAUMA EXTRA-FAMILIAL ?

Un trauma extrafamilial désigne tout événement traumatique dont la source est **extérieure au système familial nucléaire**. L'enfant subit une menace, une violence ou une perte, mais ses figures d'attachement principales (parents) ne sont pas les auteurs du trauma — au contraire, elles peuvent constituer une ressource de guérison.

#### Caractéristiques distinctives :

- La source du danger est identifiable et externe
- Les parents sont potentiellement des alliés dans la guérison
- L'attachement de base n'est pas compromis
- L'enfant conserve (en théorie) un lieu de sécurité : la maison

### II. LES DIFFÉRENTES FORMES DE TRAUMAS EXTRA-FAMILIAUX

#### A. Accidents et catastrophes

Les accidents de la route sont parmi les événements traumatiques les plus fréquents chez l'enfant. Les catastrophes naturelles (séismes, inondations, incendies) et les situations de guerre ou de terrorisme constituent également des sources majeures de trauma.

**« Le TSPT est un trouble psychiatrique provoqué par l'exposition à un événement hautement stressant et potentiellement mortel, tel qu'une catastrophe naturelle, un accident de véhicule, le fait d'être témoin de violence familiale ou communautaire. »**

— *Frontiers in Psychiatry, Developmental Trauma, 2022*

#### B. Harcèlement scolaire (bullying)

Le harcèlement scolaire est aujourd'hui reconnu comme une forme de **trauma répété** pouvant générer des symptômes de stress post-traumatique équivalents à d'autres formes de violence.

Étude	Résultat
Mynard et al.	<b>37%</b> des victimes de harcèlement dépassaient le seuil clinique du TSPT
River (adultes)	<b>25%</b> présentaient des symptômes TSPT, notamment des souvenirs intrusifs, même après avoir quitté l'école
Idsoe et al.	<b>33%</b> des victimes atteignaient un seuil cliniquement significatif sur les échelles de trauma

**« Le harcèlement peut être considéré comme une forme de trauma continu plutôt qu'un simple stress aigu. Trois critères le caractérisent : l'intention de nuire, la répétition dans le temps, et le déséquilibre de pouvoir entre l'agresseur et la victime. »**

— Olweus, critères du harcèlement comme trauma

### EXERCICE D'INTROSPECTION : Mon expérience scolaire

**Prenez un moment pour réfléchir à votre vécu scolaire. Il n'y a pas de « petites » souffrances.**

**Avez-vous vécu des situations de harcèlement, moqueries répétées ou exclusion à l'école ?**

Jamais     Quelques fois     Régulièrement     Quotidiennement

**Si oui, décrivez brièvement ce qui s'est passé :**

**Comment vous sentiez-vous à cette époque ?**

**En avez-vous parlé à vos parents ? Quelle a été leur réaction ?**

## C. Trauma médical pédiatrique

L'hospitalisation, les interventions chirurgicales et les procédures médicales invasives peuvent être profondément traumatisantes pour un enfant, même lorsqu'elles sont médicalement nécessaires et réalisées avec bienveillance.

### Le stress traumatique médical pédiatrique (PMTS) :

Défini comme « l'ensemble des réponses psychologiques et physiologiques des enfants et de leurs familles à la douleur, aux blessures, aux maladies graves, aux procédures médicales et aux expériences de traitement invasives ou effrayantes. »

— American Medical Association, *Journal of Ethics*, 2017

### Les chiffres de la recherche :

- 10-25% des enfants hospitalisés développent des symptômes de TSPT
- 25% des enfants gravement brûlés développent un TSPT
- 28,6% des parents rapportent une dysfonction liée à la détresse de leur enfant après chirurgie
- 23% des parents développent eux-mêmes un TSPT après la chirurgie de leur enfant

**« Pour l'enfant malade ou blessé, être traité aux urgences ou hospitalisé peut être une expérience effrayante et déroutante. Ressentir de la douleur, se sentir impuissant et hors de contrôle, être séparé de ses parents, être entouré d'équipements inconnus — tout cela peut mener à une détresse psychologique durable. »**

— Kassam-Adams, *Center for Pediatric Traumatic Stress*

### EXERCICE D'INTROSPECTION : Mes expériences médicales

***Les souvenirs médicaux de l'enfance peuvent rester gravés dans le corps.***

**Avez-vous vécu des hospitalisations ou interventions médicales étant enfant ?**

**Quels souvenirs sensoriels en gardez-vous ? (odeurs, sons, sensations...)**

**Avez-vous aujourd'hui des réactions particulières face au milieu médical ?**

Anxiété avant les rendez-vous

Évitement des soins

■ Malaise dans les hôpitaux

Panique lors des prises de sang

Autre : \_\_\_\_\_

## D. Violences communautaires et agressions

Les agressions par des inconnus, les violences dans le quartier, les fusillades, les émeutes ou la brutalité policière constituent des traumatismes extrafamiliaux qui peuvent avoir des conséquences dévastatrices, particulièrement dans les environnements défavorisés.

*« L'exposition à la violence communautaire, qu'elle soit directe ou indirecte, est associée à de nombreux résultats négatifs sur la santé mentale des enfants et adolescents, incluant des symptômes traumatiques internalisés, des problèmes scolaires, l'abus de substances et l'idéation suicidaire. »*

— Wikipedia, Childhood Trauma, 2025

## E. Abus par des figures d'autorité extrafamiliales

Les abus commis par des enseignants, entraîneurs sportifs, leaders religieux ou autres adultes en position d'autorité constituent une catégorie particulière. L'enfant fait confiance à ces figures, ce qui ajoute une dimension de **trahison** au trauma.

- Abus dans le cadre sportif (entraîneurs)
- Abus dans les institutions religieuses
- Abus par des enseignants ou surveillants
- Abus dans les structures d'accueil (colonies, internats...)

## III. LE RÔLE CRUCIAL DE LA RÉPONSE PARENTALE

Dans les traumatismes extrafamiliaux, la **qualité de la réponse parentale** est déterminante pour le pronostic de l'enfant. Des parents soutenant peuvent considérablement atténuer l'impact du trauma.

Réponse parentale	Impact sur l'enfant
<b>Écoute et validation</b> « Je te crois, ce n'est pas ta faute »	Réduit la honte et la culpabilité Favorise l'expression émotionnelle
<b>Protection active</b> Mise à l'abri, action concrète	Restaure le sentiment de sécurité Renforce la confiance en l'adulte
<b>Régulation émotionnelle</b> Calme, présence, réassurance	Aide à réguler le système nerveux Modèle des stratégies de coping
<b>Minimisation / déni</b> « Ce n'est pas si grave »	Aggrave le trauma Crée un sentiment d'isolement
<b>Blâme de l'enfant</b> « Tu l'as cherché »	Ajoute un trauma secondaire Génère honte et culpabilité

*« La qualité du lien parental peut moduler la vulnérabilité génétique au trauma. Les enfants porteurs d'un allèle de vulnérabilité au stress présentaient un risque accru de dépression en cas de harcèlement, mais la présence de soutiens positifs réduisait ce risque. »*

— PMC, The Biological Effects of Childhood Trauma

 **EXERCICE D'INTROSPECTION : La réponse de mes parents**

*Réfléchissez à la façon dont vos parents ont réagi face aux difficultés que vous avez traversées.*

Lorsque vous avez vécu des moments difficiles en dehors de la maison, comment vos parents ont-ils réagi ?

Vous êtes-vous senti.e :

Écouté.e et cru.e     Protégé.e     Soutenu.e     Minimisé.e

Blâmé.e     Ignoré.e

Qu'auriez-vous eu besoin d'entendre à ce moment-là ?

## IV. LES CONSÉQUENCES DES TRAUMAS EXTRAFAMILIAUX

Même avec une famille soutenance, les traumatismes extrafamiliaux peuvent laisser des traces durables, particulièrement s'ils sont répétés ou surviennent à des périodes critiques du développement.

**Conséquences documentées :**

- **Neurobiologiques** : Érosion télomérique accélérée (« vieillissement prématuré » cellulaire) chez les enfants exposés à 2+ types de violence
- **Psychologiques** : TSPT, dépression, anxiété, difficultés de régulation émotionnelle
- **Relationnelles** : Difficultés à faire confiance, isolement social
- **Scolaires** : Baisse des performances, difficultés de concentration
- **Somatiques** : Troubles du sommeil, somatisation du stress

## V. LES FACTEURS DE PROTECTION

La recherche a identifié plusieurs facteurs qui peuvent **atténuer l'impact** des traumatismes extrafamiliaux et favoriser la résilience de l'enfant.

Facteur de protection	Comment il aide
Attachement sécure aux parents	Base de sécurité pour traiter le trauma
Soutien social (amis, famille élargie)	Réduit l'isolement, offre des ressources
Intervention précoce	Empêche la chronicisation des symptômes
Validation de l'expérience	Réduit la honte et la culpabilité
Capacités de régulation émotionnelle	Aide à traverser les émotions difficiles
Sens donné à l'expérience	Intégration narrative du trauma



### EXERCICE D'INTROSPECTION : Mes ressources face à l'adversité

*Identifiez les ressources qui vous ont aidé(e) — ou qui vous manquaient — face aux épreuves extérieures.*

**Quelles personnes ont été des soutiens pour vous dans les moments difficiles ?**

**Quelles ressources vous ont manqué ?**

**Aujourd'hui, quels sont vos facteurs de protection ?**

Relations de confiance

Capacité à demander de l'aide

Pratiques de régulation (sport, méditation...)

Suivi thérapeutique

Communauté de soutien

Autre : \_\_\_\_\_

**Quelle ressource aimeriez-vous développer ?**

**À retenir :**

Les traumatismes extrafamiliaux — accidents, harcèlement scolaire, hospitalisations, agressions — peuvent laisser des traces profondes même chez les enfants issus de familles aimantes. La différence cruciale avec les traumatismes intrafamiliaux réside dans la **disponibilité potentielle des parents comme ressources de guérison**. Leur réponse — écoute, validation, protection — peut significativement atténuer l'impact du trauma. À l'inverse, une réponse inadéquate (minimisation, blâme) peut aggraver les séquelles.

- PMC3968319 - The Biological Effects of Childhood Trauma • Frontiers in Psychiatry (2022) - Developmental Trauma: Conceptual Framework • PMC6465416 - School Bullying and PTSD Symptoms: The Role of Parental Bonding
- Journal of Child & Adolescent Trauma (2021) - Pediatric Medical Traumatic Stress
- AMA Journal of Ethics (2017) - Pediatric Medical Traumatic Stress

## TEMPS 2 — Les traumatismes intrafamiliaux : quand la menace vient du cercle de confiance

Dans ce deuxième temps, nous explorons une configuration particulièrement douloureuse : l'enfant est traumatisé par un membre de sa famille élargie ou une personne proche du cercle familial, **alors que ses parents sont eux-mêmes sains et potentiellement protecteurs.**

Cette situation introduit une dimension cruciale : le **trauma de trahison**. L'abus vient de l'intérieur du cercle de confiance, mais les parents, s'ils sont informés et réagissent adéquatement, peuvent encore constituer une ressource de guérison.

### I. QU'EST-CE QU'UN TRAUMA INTRAFAMILIAL ?

L'abus intrafamilial désigne tout abus perpétré par un membre de la famille — qu'il soit biologiquement apparenté ou non — ou par une personne considérée comme « faisant partie de la famille ».

#### Définition élargie de l'abus intrafamilial :

« L'abus intrafamilial peut inclure non seulement l'abus par un parent biologique, un frère ou sœur, ou un oncle, mais aussi l'abus par quelqu'un de proche de l'enfant d'autres manières : un beau-parent, un ami proche de la famille, ou une baby-sitter. »

— CSA Centre, *Key messages from research on intra-familial child sexual abuse*

#### Les auteurs possibles dans cette configuration :

- Grands-parents
- Oncles, tantes
- Cousins, cousines (plus âgés)
- Frères et sœurs aînés
- Beaux-parents, partenaires du parent
- Amis proches de la famille
- Baby-sitters, nounous

### II. LE TRAUMA DE TRAHISON (BETRAYAL TRAUMA)

La psychologue **Jennifer Freyd** a développé dans les années 1990 la théorie du trauma de trahison, qui explique pourquoi les abus commis par des personnes de confiance ont des conséquences particulièrement graves.

« **Le trauma de trahison survient lorsque les personnes ou les institutions dont un individu dépend pour sa survie violent de manière significative la confiance ou le bien-être de cette personne. L'abus physique, émotionnel ou sexuel perpétré par un proche en est un exemple.** »

— Jennifer Freyd, *Betrayal Trauma Theory, 1996*

**Le mécanisme de la « cécité à la trahison » :**

Freyd propose que lorsqu'un enfant est abusé par quelqu'un dont il dépend, il peut développer une forme d'« aveuglement » ou d'amnésie pour préserver la relation nécessaire à sa survie. Cette dissociation est une **adaptation protectrice**, pas une faiblesse.

Dimension	Trauma sans trahison	Trauma avec trahison
Source du danger	Externe, identifiable (accident, catastrophe)	Interne au cercle de confiance
Confiance trahie	Non	Oui — violation profonde
Mécanisme de défense	Peur, hypervigilance	Dissociation, amnésie, « cécité »
Impact sur l'attachement	Peut être préservé	Profondément perturbé
Capacité future à faire confiance	Relativement préservée	Fortement compromise

■ **Validations scientifiques récentes (2020-2024) : • Preuves en neuroimagerie :** Une étude IRM de

Dimitrova et al. (2023, King's College London) sur 75

femmes a identifié une **réduction du volume hippocampique** (zone CA1) comme biomarqueur de l'amnésie dissociative, confirmant une base neurobiologique au phénomène.

• **Méta-analyses :** De nombreuses études (Goldsmith, Freyd & DePrince, 2012 ; Martin et al., 2013 ; Gómez, 2019) confirment que les traumas à haute trahison sont significativement plus associés à la dissociation que les traumas sans trahison.

• **Étude 2024 :** Griffith et al. (Journal of Loss and Trauma) ont montré que la perception subjective de trahison prédit les symptômes de TSPT, dépression et dissociation, même après contrôle des facteurs objectifs.

 **EXERCICE D'INTROSPECTION : La confiance trahie**

*Cet exercice explore votre rapport à la confiance dans les relations proches.*

**Avez-vous vécu une situation où quelqu'un de votre cercle de confiance vous a fait du mal ?**

Oui      Non      Je ne suis pas sûr.e

**Si oui, quel était le lien avec cette personne ?**

**Comment cette expérience affecte-t-elle votre capacité à faire confiance aujourd'hui ?**

### III. LES SPÉCIFICITÉS DES ABUS INTRAFAMILIAUX

La recherche montre que les abus intrafamiliaux présentent des caractéristiques distinctes qui les rendent particulièrement dévastateurs.

#### Ce que dit la recherche (Fischer et al., ScienceDirect) :

Les victimes d'abus intrafamiliaux présentent :

- Un **début plus précoce** de l'abus
- Une **durée plus longue** de l'abus
- Un **niveau d'intrusion plus élevé**
- Des **blessures physiques et émotionnelles plus graves**

« Les enfants exposés à l'abus intrafamilial ont plus de problèmes psychologiques que ceux ayant un historique d'abus extrafamilial. »

#### Le poids du secret :

L'abus intrafamilial est souvent maintenu dans le secret pendant des années. L'abuseur utilise rarement la force physique — il s'appuie plutôt sur des instructions de « ne pas dire », des menaces voilées sur ce qui arriverait à la famille si l'enfant parlait.

*« Le secret et la confusion sont deux dynamiques qui surviennent après qu'un enfant a été abusé sexuellement. Les enfants se sentent liés par un lien de secret parce qu'ils sont connectés à l'abuseur par le secret de l'abus. L'abus peut aussi créer de la confusion : l'enfant peut aimer son abuseur tout en le haïssant simultanément. »*

— Trowel et al., 2002, *Traumagenic Dynamics Model*

### IV. LA TRANSMISSION INTERGÉNÉRATIONNELLE

Un aspect particulièrement douloureux des abus intrafamiliaux est leur tendance à se transmettre d'une génération à l'autre au sein des familles.

*« L'abus sexuel dans l'enfance est souvent transmis de manière intergénérationnelle. Cela peut se manifester par un grand-père abusant ses enfants puis les enfants de ses enfants ; un oncle abusant ses nièces ou neveux ; un frère abusant sa sœur ou son frère, reproduisant ce que son père lui a peut-être fait. »*

— Wings Foundation, *Intrafamilial Sexual Abuse*

 **EXERCICE D'INTROSPECTION : L'histoire familiale**

**Explorer l'histoire familiale peut aider à comprendre certains schémas. Répondez avec douceur envers vous-même.**

**Y a-t-il des « secrets » dans votre famille dont vous avez eu connaissance ?**

Oui      Non      Je suspecte mais sans certitude

**Avez-vous connaissance d'abus ou de maltraitances dans les générations précédentes ?**

**Quels « non-dits » ou tabous existaient dans votre famille ?**

## **IV bis. LES MÉCANISMES PSYCHOLOGIQUES DU SILENCE**

### **La double contrainte (*Double Bind*) :**

L'enfant abusé par un proche vit une situation paradoxale identifiée par le psychiatre Gregory Bateson : il a **besoin d'amour** de cette personne ET il **subit des abus** de cette même personne. Cette double contrainte est psychologiquement déstabilisante car il n'existe pas de « bonne » réponse possible.

#### **Le paradoxe de la double contrainte :**

- Si l'enfant s'approche → il risque d'être abusé
- Si l'enfant s'éloigne → il perd l'amour dont il a besoin
- S'il parle → il « trahit » la famille
- S'il se tait → il reste prisonnier de l'abus

Cette situation sans issue est à l'origine de nombreux symptômes dissociatifs : le psychisme « se divise » pour gérer l'ingérable.

**Le conflit de loyauté :**

Même dans les situations d'abus, l'enfant ressent souvent une **loyauté intense** envers sa famille. Parler de l'abus est vécu comme « trahir la famille », briser l'unité familiale, ou causer du tort à des personnes qu'on aime malgré tout.

Ce conflit de loyauté est l'un des facteurs majeurs qui expliquent pourquoi tant de victimes gardent le silence pendant des années, voire des décennies.

La loyauté familiale peut être plus forte que l'instinct de protection de soi.

**Les témoins silencieux — la trahison par omission :**

Dans les abus intrafamiliaux, il y a souvent des membres de la famille qui **savaient ou suspectaient** mais n'ont rien dit, rien fait. Cette « conspiration du silence » constitue une couche supplémentaire de trauma.

## V. LE RÔLE CRUCIAL DES PARENTS NON-ABUSEURS

Dans cette configuration, les parents — s'ils ne sont pas eux-mêmes les abuseurs — jouent un rôle **déterminant** dans le devenir de l'enfant. Leur réponse à la révélation peut soit favoriser la guérison, soit aggraver le trauma.

Réponse parentale	Impact sur l'enfant
<b>Croire l'enfant immédiatement</b>	Validation, réduction de la honte, début de la guérison
<b>Protéger activement</b> (éloigner l'abuseur)	Restauration du sentiment de sécurité
<b>Ne pas blâmer l'enfant</b>	Préservation de l'estime de soi
<b>Chercher une aide professionnelle</b>	Accès à des soins adaptés, meilleur pronostic
<b>Ne pas croire / minimiser</b>	Trauma secondaire, isolement, aggravation des symptômes
<b>Protéger l'abuseur</b> (« pour préserver la famille »)	Trahison supplémentaire, sentiment d'abandon
<b>Blâmer l'enfant</b>	Honte toxique, culpabilité, auto-accusation durable

« Les réponses soutenantes des parents non-abuseurs sont particulièrement importantes. La thérapie cognitivo-comportementale focalisée sur le trauma incluant les parents non-abuseurs montre des résultats positifs pour prévenir la détérioration de la santé mentale de l'enfant. »

— CSA Centre, Key messages from research

### EXERCICE D'INTROSPECTION : La réponse de mes proches

*Si vous avez vécu une situation d'abus intrafamilial, explorez comment votre entourage a réagi.*

Avez-vous révélé ce qui s'était passé à quelqu'un ?

Oui, à l'époque

Oui, plus tard

Non, jamais

Si oui, comment cette personne a-t-elle réagi ?

Qu'auriez-vous eu besoin d'entendre ou de voir comme réaction ?

## VI. LES CONSÉQUENCES SPÉCIFIQUES DU TRAUMA DE TRAHISON

La recherche a identifié des conséquences particulières liées au trauma de trahison, au-delà des symptômes classiques du TSPT. Ces conséquences ont maintenant des **corrélats neurobiologiques identifiés**.

### ■ Base neurobiologique (études d'imagerie cérébrale) :

Les études en neuroimagerie (IRM fonctionnelle, PET scan) ont révélé chez les personnes souffrant d'amnésie dissociative liée au trauma :

- **Réduction du volume de l'hippocampe** (zone CA1) — région clé de la mémoire
- **Hypoactivation du cortex préfrontal ventromédian** — impliqué dans la conscience de soi
- **Altérations des connexions fonctionnelles** entre régions cérébrales

« Nos cerveaux sont sculptés par nos expériences précoces. La maltraitance est un ciseau qui façonne un cerveau pour affronter les conflits, mais au prix de blessures profondes et durables. »

— *PTSD UK, citant la recherche neurobiologique*

### Conséquences documentées du trauma de trahison :

- **Dissociation accrue** — mécanisme de protection de la relation
- **Amnésie traumatique** — oubli partiel ou total de l'abus
- **Difficultés à faire confiance** — généralisées à toutes les relations
- **Risque accru de revictimisation** — difficulté à détecter les « drapeaux rouges »
- **Honte et culpabilité intenses** — sentiment d'avoir « trahi » la famille en parlant
- **Problèmes relationnels** — attachement insécure, dépendance ou évitement

« *L'exposition au trauma de trahison est liée à de nombreuses conséquences coûteuses : dissociation, hallucinations, TSPT, automutilation, et mauvaise santé physique.* »

— *Freyd, Betrayal Trauma Research*

### L'impact sur la capacité à faire confiance :

« *Les personnes ayant vécu un trauma de haute trahison dans l'enfance rapportent moins de confiance envers les autres que celles qui n'ont pas été victimisées. De plus, l'historique de trauma de trahison de la mère et sa revictimisation à l'âge adulte sont associés à la victimisation de ses propres enfants.* »

— *Gobin & Freyd, 2014 ; Hulette, Katchler & Freyd, 2011*

 **EXERCICE D'INTROSPECTION : Mon rapport à la confiance**

*Explorez comment votre histoire affecte votre capacité à faire confiance aujourd'hui.*

**Sur une échelle de 1 à 9, à quel point faites-vous facilement confiance aux autres ?**

1 (jamais) \_\_\_\_\_

5 (modérément) \_\_\_\_\_

10 (très facilement) \_\_\_\_\_

**Dans quels types de relations avez-vous le plus de mal à faire confiance ?**

Relations amoureuses

Amitiés

Relations familiales

Relations professionnelles

**Qu'est-ce qui vous aiderait à développer plus de confiance ?**

**À retenir :**

Les traumatismes intrafamiliaux perpétrés par des membres de la famille élargie ou des proches introduisent une dimension supplémentaire : le **trauma de trahison**. L'enfant est confronté à une violation de confiance fondamentale qui peut mener à la dissociation, à l'amnésie, et à des difficultés durables dans les relations. Cependant, si les parents sont informés et réagissent de manière protectrice et soutenante, ils peuvent constituer une ressource précieuse pour la guérison de l'enfant.

**Sources scientifiques :**

- Freyd, J.J. (1996). Betrayal Trauma Theory. Harvard University Press
- Dimitrova et al. (2023). A neurostructural biomarker of dissociative amnesia. Psychological Medicine, King's College London
- Griffith et al. (2024). Perceptions Matter: An Expanded Operationalization of Betrayal Trauma. Journal of Loss and Trauma
- Goldsmith, Freyd & DePrince (2012). Betrayal trauma and dissociation. Journal of Trauma & Dissociation
- Taïb et al. (2023). Neural correlates of dissociative amnesia. Frontiers in Psychiatry, CHU Toulouse
- CSA Centre - Key messages from research on intra-familial child sexual abuse
- Gómez, J.M. (2019). Cultural Betrayal Trauma Theory. American Journal of Orthopsychiatry