



FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2024

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Le trauma qui lèse, le trauma qui lie :
Comment le trauma prend-il la place du lien?**

Présentée et soutenue publiquement le 7 octobre 2024 à 13h00
au Pôle Recherche
par Ekaterina Kaplan

JURY

Président :
Monsieur le Professeur François MEDJKANE
Assesseeurs :
Madame le Docteur Marion HENDRICKX
Directeur de thèse :
Madame le Docteur Claire RASCLE

Introduction.....	8
I) Traumatisme, souffrance psychique et approche du lien.....	11
1. Approche du lien.....	11
a) Approche Psychanalytique : Le Lien comme Relation Objectale.....	12
b) Approche Systémique : Le Lien comme Interconnexion Relationnelle.	12
c) Approche Neurobiologique : Le Lien comme Connexion Synaptique...	13
d) Approche Comportementaliste : Le Lien comme Conditionnement.....	13
e) Approche Humaniste-Existentialiste : Le Lien comme Conscience de l'Autre.....	14
2. Théorie de l'Attachement : Contribution de John Bowlby.....	15
3. Le traumatisme, la souffrance psychique.....	17
a) Le traumatisme selon Pierre Janet.....	17
b) Autres approches du traumatisme.....	20
c) Définition trouble de stress post-traumatique (TSPT).....	23
d) Définition du trouble de stress post traumatique complexe (TSPTC)..	27
e) Définition de la dissociation selon le DSM-5.....	29
4. Approche neurobiologique de la théorie de l'attachement.....	31
II) Impact du traumatisme, à l'âge adulte.....	36
1. Sur le récit qu'on se fait de soi.....	36
a) Expositions récurrentes aux événements traumatiques : Inoculation ou vulnérabilité croissante ?.....	37
b) Compulsion de répétition, re-enactment, re-victimization.....	40
c) Concept d'addiction au trauma.....	44
2. Sur le récit qui se fait de nous.....	46
a) Le début de l'histoire.....	46
b) Dynamique relationnelles et pouvoir.....	48
1. Perversions narcissiques, Trouble de la Personnalité Narcissique	48
Cas Clinique : Agnès.....	52
2. Dérives Sectaires.....	56
3. Le Syndrome de Stockholm.....	61
3. Impact du traumatisme à une autre échelle : le traumatisme collectif.....	65
a) Trauma transgénérationnel.....	65
b) Mémoire collective et trauma collectif et culturel.....	66
III) Qu'est-ce qui répare le lien à soi, le lien aux autres ?.....	70
1. La notion de réparation de lien.....	70
2. Les thérapies pour la réparation des liens.....	72
Discussion.....	78
Conclusion.....	81
Bibliographie.....	83

Introduction

Le traumatisme apparaît aujourd'hui comme une notion indissociable des expériences que nous vivons individuellement et collectivement. C'est un terme de plus en plus courant et qui sert fréquemment à éclairer les phénomènes qui nous entourent.

C'est aussi un mot qui fait appel à de nombreuses projections très négatives et peu lumineuses à l'évocation. En tant qu'individu vivant en communauté organisée, il m'apparaît essentiel d'aborder la notion de traumatisme sous plusieurs angles, d'abord pour comprendre les mécanismes qui la sous tendent, mais également pour pouvoir apporter du sens à ce qui est vécu individuellement et collectivement. Je dis cela car étant au contact de patients, et donc en ayant l'honneur de recueillir des parcours, des histoires de vie jonchées d'obstacles, de deuils et de lutte contre parfois des ennemis invisibles, je me suis trouvée bien souvent habitée par un sentiment de perplexité devant des questions quant à l'injustice de ce qu'ils peuvent vivre, et devant cette fameuse question, qui n'est que très rarement articulée ; « pourquoi moi ? ».

Cette question qui s'impose à eux, qui s'impose à nous, soignants, lorsque le sens se perd dans l'intensité de la souffrance, qui apparaît alors comme un poids, comme une barrière infranchissable, ou un châtiment.

La quête de sens est un processus universel, qui nous relie à la terre, aux autres et à nous même. On sait aujourd'hui à quel point le traumatisme, qu'il soit individuel ou collectif, amène, interrompt ou rétablit cette quête. Il semblerait que se poser des questions, et parfois trouver des réponses, sur ses racines, sur les événements qui

nous marquent, et plus simplement sur nos goûts et nos passions, est une sorte de moteur dans nos chemins respectifs. Lorsque le sens se perd, la vie semble s'y perdre aussi.

Alors je pense que pouvoir chercher un sens, sans parler de cause, à des évènements qui obstruent un chemin, c'est faire repartir la machine de plus belle. C'est donner de l'importance à ce que chacun vit individuellement tout en nous reliant les uns aux autres, c'est trouver son propre pouvoir et comprendre comment chacun, de manière tout à fait unique, peut impacter le monde.

Car ce qui m'apparaît primordial dans le processus de soin, c'est peut être ce qu'on pourrait apporter comme lumière, comme éclairage à nos patients sur qui ils sont réellement en dehors de leur traumatisme qui obscurcit avec tant de violence l'image qu'ils se font d'eux mêmes et donc des autres, ou peut être, serait-ce l'inverse?

C'est pour toutes ces raisons, que j'ai choisi de me poser des questions sur le traumatisme et sur la manière dont il influence les liens à soi et aux autres. Cette thèse s'organise donc en trois parties complémentaires.

Dans la première partie, nous poserons les bases théoriques en définissant les notions de lien et de traumatisme, et en expliquant leur interaction dans le développement psychique, en particulier chez les individus ayant des trajectoires développementales complexes.

La deuxième partie se concentrera sur les conséquences du traumatisme sur les relations interpersonnelles à l'âge adulte, illustrant ces effets à travers divers exemples de liens.

Enfin, la troisième partie explorera la notion de reconstruction du lien à soi et aux autres, en illustrant avec des pistes thérapeutiques qui s'efforcent de reconstruire ce lien, et qui apparaissent comme prometteuses dans le contexte du soin aux personnes traumatisées.

I) Traumatisme, souffrance psychique et approche du lien

1. Approche du lien

« Ceux qui nient l'histoire nient les liens qui nous unissent, et rompent le pacte fragile qui lie les hommes entre eux. C'est une manière de dire que l'homme n'est plus responsable de ses actes, qu'il n'est plus soumis au jugement des autres. » – Primo Levi (1947)

Parler de lien c'est parler de ce qui nous entoure, et qui nous sommes à la lumière de ces liens. Visibles ou non, conscients ou non ; chaque action, chaque pensée nous met en relation avec ce qui se trouve à l'autre bout. Un lien peut être investi, brisé, renoué. Un lien peut être physique, ou métaphysique. Un lien peut être perçu comme une possibilité ou ressenti comme un poids.

Le concept de lien est fondamental pour comprendre les interactions humaines et le développement psychique. Selon les différentes perspectives théoriques, le lien peut être perçu et interprété de multiples façons, chacune apportant une lumière différente sur les relations humaines et la manière dont celles-ci peuvent être affectées par le traumatisme.

a) Approche Psychanalytique : Le Lien comme Relation Objectale

Dans la théorie psychanalytique, le lien est souvent envisagé sous l'angle de la relation objectale, un concept central dans les travaux de Melanie Klein (1946) et Donald Winnicott (1965). La relation objectale se réfère aux liens émotionnels et

affectifs que l'individu développe avec les « objets » de son environnement, généralement les figures parentales ou les proches. Ces relations sont intégrées dans le monde intérieur de l'individu sous forme de représentations internes, qui influencent profondément les relations futures.

b) Approche Systémique : Le Lien comme Interconnexion Relationnelle

L'approche systémique considère le lien non pas comme une simple connexion entre deux individus, mais comme une interconnexion dynamique au sein d'un système, tel que la famille. Le trauma est vu comme un facteur perturbateur de cet équilibre systémique, impactant les rôles, les frontières, et les communications entre les membres. Le lien dans cette approche est donc une composante d'un réseau relationnel où chaque membre du système influence et est influencé par les autres (Bowen, 1978).

c) Approche Neurobiologique : Le Lien comme Connexion Synaptique

La perspective neurobiologique offre une vision du lien en tant que base des interactions synaptiques dans le cerveau. Les études neuroscientifiques ont montré que les relations d'attachement influencent directement le développement des circuits neuronaux responsables de la régulation des émotions, du stress, et du comportement social (Schore, 1994). Un traumatisme, en particulier lorsqu'il survient durant les premières années de la vie, peut entraîner des altérations dans ces connexions neuronales, compromettant ainsi la capacité de l'individu à établir et à maintenir des liens sociaux épanouissants (Schore, 2009).

d) Approche Comportementaliste : Le Lien comme Conditionnement

L'approche comportementaliste envisage le lien comme le résultat de comportements appris, renforcés ou punis par l'environnement. Selon cette perspective, les relations interpersonnelles peuvent être influencées par des schémas de conditionnement, où les récompenses et les punitions modèlent les comportements relationnels. Dans le cadre des théories de l'apprentissage, le trauma peut être considéré comme un élément renforçant certains comportements ou réponses émotionnelles (Seligman, 1975) (Seligman & Maier, 1967).

e) Approche Humaniste-Existentialiste : Le Lien comme Conscience de l'Autre

Pour comprendre le lien entre l'individu et ce qui l'entoure, il apparaît intéressant d'explorer l'approche phénoménologique et existentialiste. La phénoménologie, initiée par Edmund Husserl (1913) et développée par Martin Heidegger (1927), est d'abord une méthode visant à décrire la réalité telle qu'elle est perçue, en suspendant tout jugement et présupposé. Dans *Être et Temps*, Heidegger affirme que «*Être-soi-même en tant que soi-même avec les autres*» est au cœur de l'authenticité de l'existence (Heidegger, 1927). La phénoménologie devient ainsi un outil pour révéler notre véritable nature et comprendre le lien fondamental qui nous unit aux autres et au monde.

L'existentialisme, en s'appuyant sur la phénoménologie, adopte une dimension plus engagée, en mettant l'accent sur la prise de conscience de ses propres mécanismes

et choix existentiels. Simone de Beauvoir, figure centrale de l'existentialisme, soutient dans *Le Deuxième Sexe* que « Autrui, c'est l'indispensable médiateur entre moi et moi-même » (Beauvoir, 1949). Cette perspective montre que c'est à travers le lien avec l'autre que nous construisons notre identité et accédons à une forme de liberté. Cette liberté, cependant, peut engendrer de l'angoisse, comme l'illustre Jean-Paul Sartre avec sa célèbre formule « L'enfer, c'est les autres », tirée de *Huis Clos* (Sartre, 1944). Cette phrase souligne l'impact oppressant du regard des autres tout en rappelant l'importance de ces relations pour se libérer des conditionnements et atteindre une existence authentique.

Ces cadres théoriques posent les bases pour comprendre les dynamiques complexes des relations interpersonnelles. Parmi ces théories, celle de l'attachement, développée par John Bowlby, se distingue par sa capacité à relier le développement de l'individu à la nature et la qualité de ses premières relations. Explorer cette théorie fondatrice permet de mieux comprendre comment les liens qui se forment avec nos figures d'attachement principales vont impacter nos relations futures et la manière dont nous les percevons.

2. Théorie de l'Attachement : Contribution de John Bowlby

John Bowlby, le fondateur de la théorie de l'attachement, a révolutionné la compréhension du lien entre les premières expériences émotionnelles et le développement de la personnalité. Selon Bowlby, les interactions précoces avec les figures parentales jouent un rôle déterminant dans la formation des « modèles

internes opérants », qui sont des schémas cognitifs et émotionnels guidant les attentes et les comportements relationnels tout au long de la vie (Bowlby, 1969).

Bowlby (1980) a postulé que l'attachement est un besoin fondamental, aussi important que la nourriture ou l'abri. Il a décrit trois styles d'attachement principaux qui se développent en fonction des réponses des figures parentales aux besoins de l'enfant :

- **Attachement sécurisé** : Lorsque les parents répondent de manière cohérente et affectueuse aux besoins de l'enfant, celui-ci développe un modèle interne opérant de soi comme étant digne d'amour et de sécurité.
- **Attachement insécurisé-évitant** : Lorsque les parents sont régulièrement non réactifs ou rejetants, l'enfant peut développer une distance émotionnelle et un manque de confiance dans les relations.
- **Attachement insécurisé-ambivalent** : Lorsque les réponses parentales sont inconsistantes, l'enfant peut devenir anxieux et incertain, oscillant entre le besoin de proximité et la peur du rejet et de l'abandon.

Bowlby souligne que « le lien qui unit le parent à l'enfant n'est pas seulement un lien d'attachement, mais aussi une source de résilience face au traumatisme » (Bowlby, 1988). Cette idée met en lumière le rôle protecteur des liens d'attachement qui, en cas de trauma, peuvent soit atténuer les effets néfastes de celui-ci, soit au contraire exacerber la souffrance psychique si ces liens sont fragiles ou inexistants.

Ainsi, la théorie de l'attachement permet de comprendre comment les premières interactions affectives façonnent la capacité d'un individu à gérer le stress et le traumatisme. Un attachement sécurisant peut fournir les ressources nécessaires pour surmonter des expériences traumatisantes, tandis qu'un attachement insécure

ou désorganisé peut rendre l'individu plus vulnérable, amplifiant l'impact des blessures psychiques.

En effet, Bowlby a montré que le trauma de la perte, par exemple, « peut se manifester par une anxiété intense, un sentiment d'insécurité, et une difficulté persistante à établir de nouvelles relations d'attachement sécurisées ». (Bowlby, 1980).

Dans les années qui ont suivi, Mary Main et Judith Solomon ont introduit une quatrième catégorie : l'attachement désorganisé. Ce style a été observé chez des enfants qui, confrontés à des situations stressantes comme la « Strange Situation » montrent des comportements incohérents, contradictoires, ou désorientés (Main & Solomon, 1986). Cette catégorie a été particulièrement associée à des contextes de maltraitance ou de négligence, où la figure d'attachement représente à la fois une source de réconfort et de peur. La reconnaissance de cette catégorie a permis une meilleure compréhension des dynamiques d'attachement chez les enfants ayant vécu des traumatismes.

Cependant, cette classification n'a pas été sans critiques. Certains chercheurs, tels que Granqvist et al. (2017) , ont souligné le caractère hétérogène de cette catégorie, regroupant des comportements très divers qui pourraient correspondre à des processus psychologiques différents. De plus, des préoccupations ont été soulevées concernant la fiabilité de cette classification, en raison de la variabilité dans l'interprétation des comportements dits «désorganisés».

La théorie de l'attachement de Bowlby met en lumière l'importance des premiers liens dans le développement psychique de l'individu, soulignant qu'un attachement sécurisé est fondamental pour trouver un équilibre émotionnel. Dès lors, toute

discussion sur le lien inclut également ce qui va venir interférer avec sa genèse et son maintien.

3. Le traumatisme, la souffrance psychique

a) Le traumatisme selon Pierre Janet

Le traumatisme, tel que défini par plusieurs auteurs et écoles de pensée, est un concept central en psychiatrie, souvent décrit comme une réponse psychique à un événement ou une série d'événements bouleversants qui dépassent la capacité d'adaptation de l'individu. Il apparaissait donc pertinent d'aborder le traumatisme sous différents angles, en s'appuyant sur les perspectives de plusieurs auteurs, bien que cette approche ne prétende pas être exhaustive. Elle s'intègre dans une réflexion large sur le lien et ses implications dans la souffrance psychique.

Pierre Janet a conceptualisé le traumatisme comme un événement d'une intensité telle qu'il dépasse la capacité de l'individu à l'intégrer psychiquement, entraînant ainsi une fragmentation de la personnalité. Cette fragmentation se traduit par une dissociation, où les souvenirs traumatiques deviennent isolés de la conscience ordinaire. Janet décrit cette dissociation comme un mécanisme de défense, qui, bien qu'il puisse offrir une protection temporaire contre l'angoisse intense, conduit à une souffrance prolongée. La personnalité de l'individu se trouve alors morcelée, avec des parties de l'esprit fonctionnant de manière autonome, ce qui se manifeste par des comportements incohérents et un sentiment de détachement (Janet, 1889).

Dans son ouvrage *Les Obsessions et la Psychasthénie* (Janet, 1903), Janet approfondit sa « théorie généralisée du trauma ». Il postule que les traumatismes provoquent une rupture dans la continuité de la conscience, un phénomène qu'il

décrit comme une dissociation. Selon Janet, un événement traumatique est si accablant pour la psyché qu'il ne peut être intégré de manière normale dans la conscience. Cette incapacité à traiter le traumatisme, souvent accompagnée d'émotions véhémentes — des émotions si intenses qu'elles submergent la capacité de l'individu à les assimiler — conduit à la formation d'« idées fixes », des fragments de mémoire dissociés qui persistent de manière subconsciente et se manifestent par des automatismes psychologiques. Ces automatismes incluent des réactions involontaires et répétitives comme les ruminations obsessionnelles, la réapparition persistante et incontrôlable des souvenirs traumatiques (souvent sous forme d'images mentales envahissantes), des phobies spécifiques liées au trauma, ou des comportements compulsifs qui semblent échapper à la volonté consciente.

Janet propose que le traumatisme, en particulier lorsqu'il est associé à des émotions véhémentes, entraîne un affaiblissement de ce qu'il appelle la « tension psychologique », c'est-à-dire de l'énergie mentale nécessaire pour gérer et intégrer les expériences. Cet affaiblissement, caractéristique de la psychasthénie, se manifeste par une incapacité à synthétiser les expériences de manière cohérente, ce qui peut conduire à des symptômes tels que les obsessions et les phobies. Les émotions véhémentes, en perturbant la continuité normale de la conscience, empêchent l'intégration des expériences vécues et conduisent à une « contraction » de la conscience, où seules certaines parties de l'expérience sont accessibles, tandis que d'autres restent enfermées dans l'inconscient sous forme de traumatismes non résolus (Janet, 1903).

Janet observe que les individus psychasthéniques sont souvent prisonniers de leur passé, au point qu'ils « sont convaincus que le présent ne peut jamais effacer le

passé ». Pour eux, les souvenirs traumatiques, ancrés dans des émotions véhémentes, continuent de dominer leur conscience, empêchant toute adaptation efficace à la réalité présente. La théorie généralisée du trauma de Janet suggère que le traumatisme, en conjonction avec des émotions véhémentes, est une cause centrale dans le développement de nombreuses formes de psychopathologie, notamment ce qu'il nomme l'hystérie et la psychasthénie. Les symptômes de ces troubles sont considérés comme des manifestations directes de la dissociation provoquée par des traumatismes non résolus. Ainsi, la fragmentation de la conscience et la formation d'idées fixes sont au cœur de sa compréhension de la manière dont les traumatismes affectent la psyché (Janet, 1909).

« La souffrance psychique ne consiste pas uniquement dans les idées pénibles, les souvenirs douloureux ; elle consiste surtout dans l'impuissance à conduire la vie, à agir, à s'adapter aux circonstances, à prendre des décisions. » (Janet, 1909)

La souffrance psychique est une notion fréquemment utilisée en psychiatrie et en psychologie pour désigner une forme de détresse émotionnelle intense qui affecte la qualité de vie de l'individu. Contrairement à des troubles mentaux spécifiques comme la dépression ou l'anxiété, la souffrance psychique est une expérience subjective qui peut varier en intensité et en manifestation, englobant des sentiments de tristesse, d'angoisse, de désespoir, et d'inquiétude.

Cette souffrance peut être déclenchée par divers facteurs, notamment des événements traumatisants, des conflits internes, ou des situations de stress prolongé.

Nous reconnaissons ici notre ancrage dans la clinique du traumatisme. Ce qui implique que nous considérons les symptômes observés chez nos patients, que

nous nommons souffrance psychique dans un souci d'universalité, comme découlant d'un ou plusieurs événements potentiellement traumatiques, c'est à dire des événements capables de bouleverser l'équilibre émotionnel et psychologique de l'individu.

b) Autres approches du traumatisme

Sigmund Freud (1920) a abordé la notion de trauma dans plusieurs de ses œuvres, particulièrement en lien avec ses théories sur la névrose et l'inconscient. Pour Freud, le trauma est souvent lié à un événement qui provoque une surcharge d'excitation que le psychisme ne peut pas traiter ou intégrer de manière adéquate. Il a d'abord décrit le trauma dans le cadre de la « névrose traumatique », où l'événement traumatique submerge la capacité de l'individu à faire face à l'excitation, ce qui mène à une fixation de l'événement dans l'inconscient.

Dans *Au-delà du principe de plaisir (Jenseits des Lustprinzips)*, 1920), Freud écrit :

« Nous décrivons comme traumatique tout événement qui provoque chez l'individu une effraction de sa barrière de protection contre les excitations et qui, par conséquent, dépasse la capacité d'assimilation du psychisme, entraînant une perturbation durable dans le fonctionnement de l'esprit. »

Freud a particulièrement souligné l'importance de l'après-coup (*Nachträglichkeit*), où les souvenirs d'un traumatisme peuvent être réactivés bien après l'événement initial, souvent à la suite d'une autre expérience significative. Ce concept est fondamental pour comprendre comment un traumatisme peut influencer durablement la psyché, en particulier à travers des mécanismes de répétition et de reviviscence (Freud, 1920).

Jean Laplanche a reproché à Freud d'avoir délaissé sa théorie initiale de la séduction, qui associait les névroses à des abus sexuels réels vécus dans l'enfance, pour se concentrer sur la théorie de la sexualité infantile. En mettant l'accent sur les fantasmes et les désirs refoulés, Freud a ainsi minimisé le rôle crucial des interactions avec l'Autre adulte dans la formation du traumatisme (Laplanche, 1987). Selon Laplanche, « Le trauma, selon la théorie de la séduction généralisée, ne se situe pas seulement dans l'événement en soi, mais dans la rencontre avec un message énigmatique envoyé par l'Autre, un message que l'enfant est incapable de comprendre ou d'intégrer à ce moment-là. Cette rencontre, qui est fondamentalement traumatique, structure profondément le psychisme de l'individu, au-delà de l'idée d'un trauma unique et isolé » (Laplanche, 1992).

Carl Gustav Jung, quant à lui, considérait le trauma d'une manière différente, en se concentrant sur ses effets sur l'inconscient collectif et le processus d'individuation. Pour Jung, un trauma peut être un événement perturbateur qui éveille des contenus inconscients refoulés ou non intégrés, à la fois personnels et collectifs, et qui peut perturber l'équilibre psychique (Jung, 1960).

Jung (1960), définit le trauma comme suit :

« Un trauma est une expérience qui brise le continuum de la conscience, entraînant la fragmentation de l'ego et l'émergence de contenus inconscients refoulés, souvent conduisant à une désorientation et une souffrance psychologique intense jusqu'à ce que l'individu parvienne à intégrer cette expérience dans son processus d'individuation. »

Selon l'American Psychological Association (2013), le traumatisme provoque des réactions immédiates de choc et de déni, avec des effets à long terme incluant « des

émotions imprévisibles, des flashbacks, et des symptômes physiques ». Bessel van der Kolk (2014) renforce cette perspective en expliquant que le traumatisme laisse une « empreinte durable » sur le corps et l'esprit, souvent non intégrée dans la mémoire normale, ce qui se manifeste par des symptômes somatiques et des troubles émotionnels . Judith Herman (1992) décrit le traumatisme comme une « rupture dans l'histoire de vie », un événement qui peut désintégrer l'identité et laisser des traces durables de douleur et de confusion.

Enfin, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 2013) souligne que le traumatisme peut altérer profondément la perception qu'une personne a du monde, des autres et d'elle-même, provoquant une détresse qui dépasse les capacités habituelles de résilience. Ensemble, ces définitions convergent pour décrire le traumatisme comme une expérience profondément perturbatrice qui affecte non seulement l'esprit, mais aussi le corps, et qui peut entraîner des conséquences psychologiques et somatiques durables.

La notion de traumatisme est aujourd'hui indissociable du concept de trouble de stress post-traumatique (TSPT), qui amène une temporalité bien précise incluant, un contexte, un événement, et les conséquences de cet événement .

c) Définition trouble de stress post-traumatique (TSPT)

Le *DSM-5* (American Psychological Association, 2013) a redéfini le trouble de stress post-traumatique (TSPT) en le catégorisant parmi les « Troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress », qui auparavant appartenait à la catégorie des « Troubles anxieux ».

Critères A : Exposition à un Traumatisme

Le diagnostic de TSPT repose d'abord sur une exposition à un événement traumatique. Le critère A précise que l'individu doit avoir été confronté à la mort, à une menace de mort, à une blessure grave, ou à une violence sexuelle. Cette exposition peut se faire de plusieurs façons :

- Exposition directe à l'événement traumatique.
- Être témoin direct d'un événement traumatisant.
- Apprendre qu'un événement traumatisant est arrivé à un proche.
- Être exposé de manière répétée ou intense aux aspects aversifs d'événements traumatiques

Critères B : Symptômes d'Intrusion

Après l'exposition, l'individu peut présenter des symptômes d'intrusion, qui incluent :

- Souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants de l'événement traumatique.
- Rêves récurrents liés à l'événement traumatique.
- Réactions dissociatives (flashbacks) où la personne revit l'événement.
- Détresse psychique intense lors de l'exposition à des rappels de l'événement.
- Réactions physiologiques marquées lors de l'exposition à des indices rappelant l'événement.

Critères C : Évitement

L'individu évite de manière persistante les stimuli associés à l'événement traumatique, tels que :

- Évitement des souvenirs, pensées ou sentiments liés à l'événement.
- Évitement des rappels externes de l'événement (personnes, lieux, objets).

Critères D : Altérations Cognitives et Humeur Négative

Les altérations des cognitions et de l'humeur comprennent :

- Incapacité de se souvenir d'aspects importants de l'événement (amnésie dissociative).
- Croyances négatives persistantes à propos de soi, des autres ou du monde.
- Culpabilité ou blâme exagéré en relation avec l'événement.
- État émotionnel négatif persistant (peur, horreur, colère).
- Réduction de l'intérêt pour les activités.
- Sentiments de détachement des autres.
- Incapacité persistante de ressentir des émotions positives.

Critères E : Hyperréactivité Neurovégétative

Les individus peuvent également montrer des symptômes d'hyperactivation, tels que :

- Irritabilité et accès de colère.
- Comportement imprudent ou autodestructeur.
- Hypervigilance.
- Réaction de sursaut exagéré.
- Problèmes de concentration.
- Troubles du sommeil.

Critères F à H : Durée, Impact et Exclusions

Critère F : Les symptômes doivent persister plus d'un mois.

Critère G : Les symptômes causent une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement.

Critère H : Les symptômes ne doivent pas être attribuables aux effets physiologiques d'une substance ou d'une autre condition médicale.

Spécificateurs

Avec symptômes dissociatifs : Le TSPT peut être accompagné de dépersonnalisation (se sentir détaché de soi-même) ou de déréalisation (le monde semble irréel).

Avec manifestation différée : Les symptômes apparaissent plus de six mois après l'événement traumatique.

TSPT chez les Enfants de Moins de 6 Ans

Les critères diagnostiques sont adaptés pour les jeunes enfants :

Critère A : Les enfants doivent avoir été directement exposés ou témoins de l'événement, ou avoir appris qu'un proche a été victime.

Critère B : Les symptômes d'intrusion peuvent se manifester par des jeux répétitifs.

Critère C : L'évitement peut inclure le refus de participer à des activités ou de fréquenter certains lieux.

Critère D : Augmentation des états émotionnels négatifs, retrait social, et réduction de l'expression des émotions positives.

Critère E : Hyperréactivité similaire à celle des adultes, avec irritabilité et troubles du sommeil

Il est vrai que la définition du DSM-5 se limite à un événement unique, une catastrophe, une agression, c'est-à-dire un événement brutal, qui est généralement identifiable par la majorité comme potentiellement traumatogène. La classification de la CIM-11(OMS, 2013) introduit un autre terme, le trouble de stress post-traumatique complexe, qui amène la notion d'événements répétés.

Le trauma complexe est un concept développé par Judith Herman (1992), qui va au-delà de la conception traditionnelle du trouble de stress post-traumatique (TSPT). Il met en lumière l'impact des traumatismes chroniques, tels que les abus prolongés ou la violence domestique, sur le psychisme. Selon Herman (1992), ce type de traumatisme ne se limite pas à une réaction unique à un événement isolé, mais engendre une série de symptômes étendus. Ceux-ci incluent des difficultés persistantes dans la régulation émotionnelle, une image de soi altérée, et des troubles relationnels significatifs. Herman souligne que les traumatismes répétés ont des effets profondément perturbateurs sur l'identité et le fonctionnement psychologique des individus. Cette complexité requiert des approches thérapeutiques spécifiques, qui prennent en compte les nombreuses dimensions affectées par le trauma complexe, y compris la dissociation et les dysfonctionnements relationnels.

d) Définition du trouble de stress post traumatique complexe (TSPTC)

Le Trouble de Stress Post-Traumatique Complexe (TSPT Complexe), tel que défini par la CIM-11, est un trouble mental qui peut se développer à la suite d'une exposition à un événement ou à une série d'événements extrêmement menaçants, le plus souvent prolongés ou répétés, dont il est difficile ou impossible de s'échapper (OMS, 2013).

Critères diagnostiques :

Symptômes de TSPT :

- Réémergence de l'événement traumatique (reviviscences)
- Évitement persistant des rappels de l'événement traumatique
- Sentiment persistant de menace actuelle (hypervigilance, réaction de sursaut)

Symptômes spécifiques au TSPT Complexe :

- **Problèmes sévères et persistants dans la régulation des émotions**
: Difficultés à gérer les émotions, ce qui peut inclure des explosions de colère ou une incapacité à ressentir des émotions positives.
- **Croyances négatives sur soi-même** : Sentiments persistants de honte, de culpabilité, ou de dévalorisation, souvent liés à l'expérience traumatique.
- **Difficultés interpersonnelles** : Problèmes persistants dans les relations avec les autres, y compris des difficultés à établir ou à maintenir des relations proches.

Ces symptômes peuvent causer une détérioration significative dans les domaines personnels, familiaux, sociaux, éducatifs ou professionnels.

Cette définition permet de mieux comprendre et diagnostiquer les individus qui souffrent de séquelles psychologiques complexes après des traumatismes prolongés, en offrant un cadre spécifique pour leur évaluation et leur traitement.

Cette approche progressive permet d'abord de comprendre les mécanismes fondamentaux du trauma tel qu'il se présente dans des situations d'événement unique, avant d'élargir la réflexion aux traumatismes complexes, associés à des événements répétés. Cette progression offre une meilleure compréhension des impacts variés et cumulés du trauma sur l'individu, et de la manière dont ces impacts se manifestent différemment en fonction du contexte.

En explorant le trouble de stress post-traumatique complexe, il devient évident que la dissociation est un phénomène intrinsèquement lié au traumatisme sous toutes ses formes. La dissociation constitue l'un des mécanismes psychiques essentiels par lesquels l'individu tente de gérer l'intensité de la souffrance. Ce concept est central dans la compréhension du traumatisme.

e) Définition de la dissociation selon le DSM-5

Les troubles dissociatifs sont caractérisés par une perturbation et/ou une discontinuité dans l'intégration normale de la conscience, de la mémoire, de l'identité, des émotions, de la perception, de la représentation corporelle, du contrôle moteur et du comportement. Ces perturbations peuvent affecter de manière soudaine ou progressive (APA, 2013).

Les principaux troubles dissociatifs tels que défini par le DSM-5 (APA, 2013) sont :

Trouble Dissociatif de l'Identité (TDI) :

Ce trouble se caractérise par la présence de deux ou plusieurs identités ou états de personnalité distincts, accompagnée d'une altération marquée du sens de soi et de la perception de l'agence personnelle.

Les personnes atteintes de ce trouble présentent des lacunes récurrentes dans le rappel d'événements quotidiens, d'informations personnelles importantes ou d'événements traumatiques, qui ne peuvent pas être expliquées par un simple oubli ordinaire.

Amnésie Dissociative :

Il s'agit d'une incapacité inexplicable à se souvenir d'informations autobiographiques importantes, généralement de nature traumatique ou stressante, qui dépasse ce que l'on pourrait attendre d'un oubli normal.

Les types d'amnésie dissociative incluent l'amnésie locale ou sélective, qui concerne l'incapacité à se souvenir d'événements spécifiques survenus pendant une période de temps limitée, et l'amnésie généralisée, qui est une perte complète de la mémoire concernant l'identité personnelle et l'histoire de vie.

Trouble de Dépersonnalisation/Déréalisation :

Ce trouble se caractérise par des expériences persistantes ou récurrentes de dépersonnalisation, de déréalisation ou des deux à la fois.

Les symptômes clés incluent la dépersonnalisation, où l'individu ressent une irréalité, un détachement ou la sensation d'être un observateur extérieur de ses propres pensées, sentiments, sensations, corps ou actions, et la déréalisation, qui est une expérience d'irréalité ou de détachement par rapport à l'environnement.

La dissociation, en tant que réponse complexe au traumatisme, révèle la profondeur de l'impact et l'importance d'en comprendre les mécanismes sous-jacents.

Comprendre les réactions de l'organisme face au traumatisme est essentiel, non seulement pour ne pas être dirigé par ces réponses automatiques, mais aussi pour pouvoir intégrer ces expériences traumatisantes dans un récit de vie. Il paraît alors important de se pencher sur les processus neurobiologiques et notamment ceux en lien avec la théorie de l'attachement.

4. Approche neurobiologique de la théorie de l'attachement

Les recherches en neurobiologie ont révélé que les traumatismes ont des impacts profonds sur le cerveau, en particulier sur les structures impliquées dans la régulation des émotions et la mémoire, comme l'amygdale, l'hippocampe et le cortex préfrontal. Les personnes exposées à des traumatismes chroniques montrent souvent une hyperactivité de l'amygdale, une réduction du volume hippocampique, et une hypoactivité du cortex préfrontal, contribuant à une dysrégulation émotionnelle et cognitive (Schoore, 1994).

Les changements neurobiologiques liés au trauma sont également médiés par des altérations dans les systèmes neuroendocriniens, particulièrement l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien (HHS), qui régule la réponse au stress. Une hyperactivation chronique de cet axe peut conduire à une libération excessive de

cortisol, une hormone du stress, ce qui est associé à des effets neurotoxiques. Une autre hormone clé dans la réponse au stress, est la noradrénaline (Schore, 1994).

Un autre aspect crucial à comprendre est le concept des souvenirs traumatiques. Contrairement aux souvenirs ordinaires, les souvenirs traumatiques sont souvent fragmentés et mal intégrés, se manifestant par des reviviscences intrusives, des cauchemars, et des flashbacks. Comme l'explique Van der Kolk (2014), "les souvenirs traumatiques sont souvent stockés sous forme d'états sensoriels et émotionnels plutôt que comme des récits." Les recherches suggèrent que ces altérations de la mémoire sont en partie dues à la manière dont le traumatisme affecte les structures cérébrales responsables du stockage et de la récupération des souvenirs.

La Neurobiologie de l'Attachement et la Souffrance Psychique : Perspectives de Schore

Allan Schore est reconnu pour ses travaux en neuropsychologie sur l'attachement et le développement émotionnel. Il distingue clairement les rôles du cerveau droit et du cerveau gauche dans les processus cognitifs et émotionnels. Contrairement au cerveau gauche, qui est impliqué dans les tâches logiques, linéaires et liées au langage, Schore (2009) souligne que le cerveau droit est prédominant dans les fonctions liées à la compréhension des émotions et à la gestion des relations sociales. Cette hémisphère joue un rôle crucial dans la perception et l'expression des émotions, ainsi que dans la capacité à comprendre les émotions et les intentions des autres. Schore met également en lumière l'importance du cerveau droit dans le développement émotionnel et l'attachement, en soulignant son rôle central dans la régulation des émotions et la réponse aux menaces environnementales.

Schore (2009) soutient que la dissociation, souvent observée chez les individus ayant subi des traumatismes, altère cette capacité cognitive implicite du cerveau droit à évaluer le monde extérieur et intérieur. Cela a des répercussions profondes sur la régulation des émotions, particulièrement dans des contextes de stress extrême ou de menace. La dysrégulation affective est au cœur de la dissociation, et cette réponse dissociative est en grande partie médiée par les structures émotionnelles du cerveau droit, telles que l'amygdale, l'insula, et le cortex orbitofrontal. Ces structures sont cruciales pour la détection des menaces, la régulation des réponses émotionnelles, et la survie de l'organisme face aux stress environnementaux.

Schore (2009) avance que les expériences d'attachement sécurisant favorisent la maturation optimale du cortex orbitofrontal droit, une région clé pour la régulation des affects. En revanche, un environnement d'attachement non sécurisant conduit à un développement inefficace de ces systèmes, augmentant ainsi la vulnérabilité à la dysrégulation émotionnelle et à la dissociation sous stress. Schore met en évidence que la dissociation est une stratégie défensive ultime utilisée par le cerveau en réponse à des niveaux de stress insoutenables, reflétant une désorganisation des systèmes corticaux et sous-corticaux du cerveau droit. Cette réponse est associée à des symptômes physiques et émotionnels marqués, tels que des réactions cardiaques et des altérations perceptuelles.

Schore (2009) aborde par ailleurs le système opioïde, un élément central dans la régulation des émotions et des réponses au stress, qui joue un rôle clé dans la formation des liens.

Schore (2009) souligne que le système opioïde endogène joue un rôle crucial dans la modulation des émotions, en particulier dans les contextes d'attachement et de réponse au stress. Les opioïdes endogènes, tels que les endorphines, sont des neurotransmetteurs qui agissent pour atténuer la douleur et générer des sentiments de bien-être. Ces neurotransmetteurs sont libérés lors de situations émotionnellement significatives, telles que les interactions positives avec les figures d'attachement, ce qui favorise un lien affectif fort entre l'enfant et sa figure d'attachement.

Le Système Opioïde et l'Attachement

Schore (2009) décrit comment, dans un contexte d'attachement sécurisé, le système opioïde est activé de manière équilibrée, soutenant ainsi la régulation des émotions et le développement d'un sentiment de sécurité interne. Les interactions positives et réconfortantes avec les figures d'attachement stimulent la libération d'opioïdes, renforçant le comportement d'attachement et le sentiment de sécurité émotionnelle.

En revanche, dans des environnements d'attachement insécurisant ou traumatisant, le système opioïde peut être perturbé. L'absence de réponse empathique ou les expériences de négligence et de maltraitance peuvent entraîner une sous-activation du système opioïde, ce qui compromet la capacité de l'individu à se réguler émotionnellement. Cette dysrégulation peut se manifester par des comportements de recherche de confort ou d'évasion (par exemple, dans des addictions futures ou des comportements autodestructeurs) pour compenser ce déficit.

Schore (2009) fait également le lien entre le processus de dissociation et le système opioïde. Lorsqu'un individu est confronté à une menace perçue comme inéluctable, le cerveau peut induire un état de dissociation, une réponse de survie qui implique souvent une hypo-activation du système opioïde. Cet état dissociatif peut inclure une diminution de la douleur perçue, un sentiment de détachement émotionnel, et une altération de la conscience corporelle, tous médiés par des changements dans l'activité des opioïdes endogènes.

Le rôle des opioïdes est donc double : d'une part, ils participent à la régulation des émotions et à l'attachement sécurisant; d'autre part, ils interviennent dans les mécanismes de défense en situation de stress extrême, notamment dans la dissociation.

Enfin, comme l'explique van der Kolk, lorsque les opioïdes naturels produits par le cerveau deviennent insuffisants en raison d'un traumatisme chronique, les individus peuvent être poussés à rechercher un soulagement externe, par le biais, par exemple, d'opioïdes exogènes. Il formule que les gens deviennent dépendants au soulagement produit par les opioïdes, ce qui crée un cycle de dépendance.

L'exploration de la neurobiologie de l'attachement met en lumière les mécanismes subtils et complexes qui sous-tendent les relations affectives. Ces processus, profondément enracinés dans le cerveau et le système nerveux, jouent un rôle crucial dans le développement émotionnel et la régulation des réponses au stress. Comprendre ces dynamiques permet non seulement de mieux appréhender la manière dont les liens affectifs se forment et se maintiennent, mais aussi d'identifier les vulnérabilités qui peuvent émerger en cas de perturbations.

L'exploration du traumatisme et son impact sur l'organisme, et cela à la lumière de la théorie de l'attachement permet de comprendre comment une trajectoire développementale peut être perturbée. À l'âge adulte, cette question prend une tournure différente, car l'individu devient responsable de lui-même et des relations qu'il entretient. Cette distinction est essentielle, car il devient d'autant plus crucial de comprendre l'impact du traumatisme sur l'individu à l'âge adulte, moment où celui-ci évolue en société et est tenu responsable de ses actes, de ses choix, aux yeux des autres.

Le prochain chapitre explorera les relations à l'âge adulte, qui sont parfois influencées par des forces autres que la recherche de partage et d'épanouissement, et notamment, celles, façonnées par des dynamiques de pouvoir et de contrôle.

II) Impact du traumatisme, à l'âge adulte

Les relations pourraient être envisagées comme une histoire, avec un début et une fin. Une histoire qui se raconte à travers ce que nous savons dire de nous-mêmes et à travers la rencontre avec l'autre. Cette rencontre est parfois déjà préalablement narrée, car sous tendue par des mécanismes invisibles.

C'est pourquoi il semble important de comprendre comment le traumatisme influence non seulement le récit que nous nous faisons de nous-mêmes, mais aussi le récit qui se fait de nous, car ces deux dimensions sont profondément interconnectées et façonnent la manière dont nous vivons nos relations et notre place dans le monde.

1. Sur le récit qu'on se fait de soi

Le récit qu'on se fait de soi-même est une construction intime et continue, façonnée par nos expériences, nos souvenirs, et la manière dont nous interprétons notre passé. Ce récit personnel est une sorte de fil conducteur qui donne sens à notre identité et guide nos actions. Cependant, ce fil peut être tissé de manière complexe, notamment lorsque des événements traumatiques viennent perturber notre perception de nous-mêmes. Comprendre comment le traumatisme influence ce récit intérieur est essentiel pour saisir la profondeur de son impact sur notre identité, nos choix de vie, et nos relations avec les autres.

a) Expositions récurrentes aux événements traumatiques : Inoculation ou vulnérabilité croissante ?

Alain Brunet (1996) dans son article intitulé « Expositions récurrentes aux événements traumatiques : Inoculation ou vulnérabilité croissante ? » explore deux hypothèses opposées concernant l'impact des expositions récurrentes aux événements traumatiques : l'inoculation croissante et la vulnérabilité croissante.

Il fonde sa réflexion sur une observation clinique de Charles Figley (1985) qui dit : « Une victime explique ses difficultés par le fait qu'elle a été victimisée, tandis qu'un survivant invoquera la même expérience afin d'expliquer d'où il tire sa force ».

- **Inoculation croissante** : Cette hypothèse, développée par Seymour Epstein (1967, 1983) suggère que l'exposition répétée à des événements traumatiques pourrait renforcer la résilience des individus, les rendant mieux équipés pour gérer de futures situations stressantes. L'idée est que la répétition de l'exposition, initialement à petites doses et progressivement plus intense, pourrait permettre une forme d'accoutumance ou de maîtrise de l'événement traumatique. Il suggère un effet autant sur le plan psychique que physique .
- **Vulnérabilité croissante** : En revanche, la deuxième hypothèse propose que chaque événement traumatique rend l'individu de plus en plus vulnérable à des troubles physiques ou psychologiques lors de futures expositions. Les effets cumulatifs des traumatismes peuvent augmenter la sensibilité de l'individu, conduisant à une probabilité accrue de développer des troubles

comme le trouble de stress post-traumatique (TSPT) (Seligman & Maier, 1967).

La théorie de la résignation acquise, développée par Martin Seligman dans les années 1960, met en lumière les effets psychologiques d'expositions répétées à des événements traumatiques incontrôlables. Pour illustrer ce concept, Seligman a mené une expérience sur des chiens (Seligman & Maier, 1967; Overmier & Seligman, 1967). Les chiens étaient répartis en trois groupes : dans le premier, les chiens recevaient des chocs électriques aléatoires qu'ils ne pouvaient ni éviter ni contrôler. Cette situation simulait un événement traumatique où l'individu est complètement impuissant. Dans le deuxième groupe, les chiens pouvaient arrêter les chocs en appuyant sur un levier, ce qui leur permettait de contrôler la situation. Le troisième groupe servait de contrôle, les chiens n'étant pas exposés aux chocs.

Le lendemain, tous les chiens furent placés dans une cage où, après un signal, le sol devenait électrifié. Ils pouvaient éviter le choc en sautant par-dessus une petite barrière. Les chiens des groupes deux et trois, ayant eu un certain contrôle ou n'ayant pas été exposés aux chocs, apprirent rapidement à sauter par-dessus la barrière pour éviter l'inconfort. Cependant, les chiens du premier groupe, qui avaient subi des chocs incontrôlables, ne tentèrent même pas de s'échapper. Ils restaient passifs.

L'expérience de la résignation acquise, telle qu'élaborée par Seligman, offre un éclairage crucial sur les effets psychologiques des événements traumatiques incontrôlables. Selon Seligman (1975), «lorsqu'un organisme a vécu un événement comme étant incontrôlable, il perd la motivation d'essayer de le contrôler à l'avenir. Même lorsqu'il réussit à contrôler l'événement par la suite, l'organisme a du mal à

percevoir la relation entre ses actions et les résultats. Enfin, l'état émotionnel de l'organisme est marqué par l'anxiété et la dépression, similaires à ce que l'on observe dans le trouble de stress post-traumatique (TSPT).»

Brunet (1996) souligne que ces deux hypothèses ne sont pas aussi contradictoires qu'elles peuvent le sembler. En fait, il est possible de les intégrer dans une théorie unifiée, où certaines circonstances favorisent l'une ou l'autre hypothèse. L'hypothèse mixte, également appelée hypothèse probabiliste, propose une perspective nuancée sur l'impact des expositions récurrentes aux événements traumatiques.

Contrairement aux hypothèses de l'inoculation croissante et de la vulnérabilité croissante, l'hypothèse mixte soutient que l'effet d'une exposition traumatique dépend largement du dénouement de l'événement lui-même. Selon ce cadre théorique, si l'individu perçoit que l'événement traumatique a été résolu positivement ou qu'il a réussi à y faire face, cela peut renforcer sa résilience face à de futures adversités. En revanche, un dénouement perçu comme négatif ou un échec dans la gestion de la situation peut accroître la vulnérabilité de l'individu face aux traumatismes futurs (Brunet, 1996). Cette approche se distingue par son accent sur le rôle crucial des perceptions individuelles du succès ou de l'échec dans l'adaptation à des situations stressantes, ce qui permet de concilier les observations apparemment contradictoires rapportées par les partisans des deux autres hypothèses, en soulignant l'importance des circonstances spécifiques entourant chaque événement traumatique.

L'étude de Brunet (1996) sur les expositions récurrentes aux événements traumatiques met en lumière une problématique centrale : ces expositions successives renforcent-elles la résistance de l'individu ou accentuent-elles sa

vulnérabilité ? Face à cette interrogation, plusieurs chercheurs ont étudié comment le traumatisme peut conduire à la répétition de situations similaires. Les concepts de compulsion de répétition, de mise en acte ou de revictimisation ont été proposés pour expliquer ce phénomène. L'exploration de ces idées est cruciale pour comprendre de quelle manière le traumatisme influence le parcours de vie et la construction de l'identité chez l'individu.

b) Compulsion de répétition, re-enactment, re-victimization

Sigmund Freud a introduit la notion de compulsion de répétition pour décrire le phénomène par lequel les individus répètent des expériences traumatiques non résolues. Ces répétitions peuvent se manifester à travers des comportements, des émotions ou des réactions physiologiques (Freud, 1920). Van der Kolk, dans son article intitulé « *The compulsion to repeat the trauma. Re-enactment, revictimization, and masochism* » explore comment ce concept se traduit en comportements dans la vie quotidienne des survivants de traumatismes, les poussant à revivre des situations similaires à celles de leur traumatisme initial. Dans ce qu'il introduit comme re-enactment, que l'on pourrait traduire par « répétition traumatique » ou « mise en acte », il explore comment le sujet peut jouer alternativement le rôle de victime ou de persécuteur, reproduisant ainsi les dynamiques de son traumatisme passé (Van der Kolk, 1989).

« Remise en acte » et Revictimisation

Le « re-enactment » ou remise en acte, est un mécanisme clé par lequel les individus traumatisés revivent inconsciemment des aspects de leur traumatisme passé dans des situations nouvelles. Van der Kolk met en lumière que ces comportements, souvent automatiques et non réfléchis, sont motivés par une

tentative inconsciente de maîtriser une situation traumatique passée (Van der Kolk, 1989).

La revictimisation, selon Van der Kolk (1989) désigne le processus par lequel les survivants de traumatismes se retrouvent fréquemment dans des situations où ils sont de nouveau victimes. Selon Van der Kolk, cela est lié à des dynamiques de pouvoir et de contrôle, où les individus peuvent être inconsciemment attirés vers des situations mimant leur traumatisme initial. Ce processus est renforcé par des schémas de renforcement intermittent, où des périodes de violence sont suivies de phases de réconciliation, créant un lien traumatique puissant entre la victime et le bourreau. Ces cycles renforcent ce lien créé, rendant difficile pour la victime de rompre avec le cycle de violence.

Dans son article, Van der Kolk mentionne que la revictimisation est un constat récurrent dans les observations cliniques et dans la recherche. En effet, une étude prospective a montré que les femmes ayant subi des abus sexuels dans leur enfance sont plus susceptibles de revivre des expériences similaires à l'âge adulte (Noll et al., 2003).

Renforcement négatif

Le concept de renforcement négatif joue un rôle crucial dans la dynamique des relations abusives. En psychologie comportementale, le renforcement négatif se produit lorsqu'un comportement est renforcé par l'élimination d'un stimulus désagréable après ce comportement. Contrairement à la punition, qui vise à diminuer un comportement en ajoutant un stimulus désagréable, le renforcement négatif augmente la probabilité d'un comportement en supprimant quelque chose de désagréable. (Skinner, 1953)

Dans une relation abusive, on retrouve le schéma suivant : la victime vit un épisode de violence intense (le stimulus aversif), et pour mettre fin à cette violence, elle se soumet à l'agresseur ou accepte ses excuses (le comportement). En réponse, l'agresseur arrête la violence, ce qui renforce chez la victime l'idée que la soumission est un moyen efficace de mettre fin à la souffrance. Van der Kolk (1989) explique que ce mécanisme, combiné à des schémas de renforcement intermittent, où la violence est suivie de phases de réconciliation, consolide l'attachement entre la victime et l'agresseur, rendant la rupture de ce cycle extrêmement difficile. Il dit « lorsque ce type de renforcement négatif se produit de manière intermittente, la réponse renforcée consolide l'attachement entre la victime et l'agresseur » (Van der Kolk, 1989).

Cet attachement émotionnel est renforcé par l'idée que l'amour et la réconciliation peuvent vaincre la violence. Les moments d'affection qui suivent les épisodes de violence donnent à la victime l'espoir que la relation peut s'améliorer, la piégeant ainsi dans un cycle où la violence et la réconciliation s'alternent. Ce cycle renforce le lien, rendant la rupture extrêmement difficile sans un soutien extérieur significatif (Van der Kolk, 1989).

En résumé, l'exploration des mécanismes par lesquels le traumatisme affecte l'individu met en évidence une complexité où les expériences passées influencent profondément les perceptions et les comportements présents. Les dynamiques traumatiques peuvent entraîner des schémas répétitifs, une propension à revivre ou à se retrouver dans des situations similaires à celles déjà vécues. Cette compréhension est essentielle pour appréhender comment le traumatisme façonne le récit intérieur de l'individu et influence sa trajectoire de vie.

Fort de cette analyse, il apparaît pertinent d'introduire le concept de *trauma bonding*, introduit par Don Dutton. Ce concept, qui a été traduit par le terme d' « attachement traumatique » ou « lien traumatique », est essentiel pour comprendre comment des liens émotionnels puissants peuvent se développer entre une victime et son agresseur au sein de relations marquées par des cycles d'abus et de réconciliation. Ce phénomène, où l'attachement se renforce paradoxalement malgré la maltraitance, rend difficile la rupture de la relation (Dutton & Painter, 1993).

Vulnérabilité au développement d'un lien traumatique

Van der Kolk (1989) souligne dans son article qu'il existe une relation directe entre la sévérité des abus physiques subis durant l'enfance et la violence conjugale à l'âge adulte. Il explique que les personnes exposées précocement à la violence ou à la négligence tendent à considérer ces expériences comme normales, ce qui les prédispose à entrer dans des relations abusives à l'âge adulte. Une étude récente menée par Vargas-Fernández et al. (2019) corrobore cette idée en montrant que les femmes péruviennes ayant subi des abus physiques durant l'enfance présentent un risque accru de vivre des violences conjugales à l'âge adulte. L'étude indique que les femmes ayant subi des abus physiques pendant leur enfance ont une probabilité significativement plus élevée de subir des violences émotionnelles, physiques et sexuelles dans leurs relations intimes à l'âge adulte (Vargas-Fernández, Visconti-Lopez, & Hernández-Vásquez, 2019).

Van der Kolk (1989) explique également que les victimes de ces relations développent souvent un sentiment d'impuissance et recourent à des mécanismes d'adaptation tels que l'automutilation, l'abus de substances, ou encore la violence physique, reproduisant ainsi le traumatisme de leur enfance.

Les femmes dans ces relations font souvent preuve d'une loyauté paradoxale envers leur agresseur, ce qui les conduit à excuser son comportement et à minimiser leur propre souffrance (Walker, 1983). Ce schéma est tellement courant que ces femmes sont souvent perçues comme masochistes par les professionnels de la santé, ce qui peut entraver une compréhension adéquate de la dynamique sous-jacente (Dutton & Painter, 1993).

c) Concept d'addiction au trauma

Après avoir exploré comment le traumatisme peut mener à des processus de re-victimisation et de remise en acte, il est pertinent de considérer une notion intéressante introduite par Van der Kolk : l'addiction au trauma. Van der Kolk explique ce phénomène à travers une approche neurobiologique, en montrant comment certaines personnes, malgré la douleur et la souffrance, se trouvent attirées de manière compulsive vers des situations traumatiques, répétant ainsi des schémas destructeurs qui continuent de façonner leur récit de vie.

Van der Kolk et al. (1985), dans leur article sur l'addiction au trauma, expliquent que l'exposition chronique au stress, surtout lorsqu'il est perçu comme inévitable, peut entraîner une sensibilisation du système de réponse au stress. Cela signifie que des neurotransmetteurs comme la dopamine et la noradrénaline sont constamment libérés, et au fil du temps, cette exposition continue peut amener les individus à devenir biologiquement dépendants de ces états de stress élevés. Cette dépendance crée une forme d'addiction au trauma, où le corps et l'esprit deviennent habitués à cette activation intense, au point de la rechercher inconsciemment (Van der Kolk et al., 1985).

Ces mécanismes neurobiologiques affectent également les circuits de récompense du cerveau. Chez les survivants de traumatismes, ces circuits, qui sont normalement activés par des expériences positives, peuvent être altérés de manière à ce que le stress et la douleur deviennent paradoxalement des sources de «récompense». Cela peut conduire les individus à rechercher inconsciemment des situations qui réactivent leur trauma, car leur cerveau associe ces expériences à une forme de gratification, même si elles sont destructrices (Van der Kolk et al., 1985).

L'incapacité à réguler efficacement les réponses au stress après un événement traumatique contribue à un état d'hypervigilance chronique. Cela peut amener les personnes à se sentir plus « normales » dans des états de stress continus, les incitant ainsi à graviter vers des situations de forte activation émotionnelle ou de danger. Cette hyperactivation constante renforce l'addiction au trauma en maintenant l'individu dans un cycle où il recherche activement des situations stressantes pour retrouver cet état de « normalité » (Van der Kolk et al., 1985).

Enfin, Van der Kolk et al. (1985) soulignent que la dissociation, un mécanisme de protection face à un traumatisme écrasant, permet à l'individu de se déconnecter de la réalité immédiate de son expérience. Cependant, à long terme, cette dissociation peut conduire à un cycle où le trauma doit être revécu pour que l'individu ressente quelque chose, maintenant ainsi l'addiction à l'état traumatique (Van der Kolk et al., 1985).

2. Sur le récit qui se fait de nous

a) Le début de l'histoire

Comment débute une histoire, une relation ? Qui va vers l'autre ? Qui pose les limites, ou qui accepte qu'elles soient franchies ? La théorie de l'attachement offre une perspective intéressante pour explorer ces questions. Elle propose que les styles d'attachement dictent les stratégies que nous mettons en place pour entrer en relation avec autrui. Ainsi, nous ne nous lions pas tous de la même manière.

Il est important de souligner que nos relations avec les autres se forment à partir de nos premières expériences d'attachement. Les interactions avec des figures d'attachement durant l'enfance jouent un rôle crucial dans la formation de ces styles d'attachement, influençant profondément notre manière de solliciter les autres.

Ces styles d'attachement peuvent être compris à travers les concepts d'hyperactivation et de hypoactivation du système d'attachement, qui sont largement étudiés dans le domaine de la neurobiologie de l'attachement.

Selon Mikulincer et Shaver (2003), lorsque les figures d'attachement sont disponibles et réactives aux besoins de proximité de l'enfant, elles favorisent un sentiment de sécurité qui permet à l'individu de développer une confiance accrue dans les relations futures. En revanche, lorsque ces figures sont absentes ou peu réceptives, cela crée un dysfonctionnement dans le système d'attachement, entraînant une sensation persistante de vulnérabilité.

Mikulincer et Shaver (2003) décrivent que, face à ces défis, les individus adoptent des stratégies alternatives pour gérer leur détresse. Les individus avec un style d'attachement anxieux/ambivalent tendent à hyperactiver leur système

d'attachement. Ce phénomène est souvent associé à une activité accrue du système limbique, en particulier de l'amygdale, qui est responsable de la réponse à la peur et à l'anxiété. Allan Schore (2009) a montré que cette hyperactivation est également liée à la dysrégulation de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien (HHS), entraînant une réponse exagérée au stress. Cette suractivation conduit à une quête incessante de réassurance et à une hypersensibilité aux signaux de rejet ou de non-réponse de la part des autres.

À l'opposé, les individus avec un style d'attachement évitant hypoactivent leur système d'attachement (Mikulincer et Shaver, 2003). Ils tendent à minimiser l'importance des relations émotionnelles et à éviter l'intimité, ce qui se traduit par une sous-activation des régions cérébrales liées à la régulation des émotions, comme l'amygdale et le cortex préfrontal. Cette désactivation est une stratégie de défense pour éviter la douleur émotionnelle potentielle liée à la dépendance ou au rejet. Schore (2009) souligne que cette hypoactivation permet aux individus évitants de maintenir une distance émotionnelle et de réduire la vulnérabilité perçue dans les relations.

Ces diverses stratégies peuvent aussi rendre les individus plus vulnérables à des relations axées sur le contrôle et le pouvoir, souvent soutenues par des mécanismes de manipulation. La section suivante examine comment ces dynamiques de pouvoir se manifestent et se maintiennent dans différents contextes relationnels.

b) Dynamique relationnelles et pouvoir

Il paraît incontournable, lorsqu'on explore les dynamiques relationnelles fondées sur le contrôle et la recherche de pouvoir, de se pencher sur les perversions narcissiques. Ces relations, où l'exploitation de l'autre sert à maintenir un contrôle

absolu, montrent de manière saisissante comment certaines interactions peuvent être perverses pour instaurer une domination psychologique

1. Perversions narcissiques, Trouble de la Personnalité Narcissique

Racamier (1992c) définit le mouvement pervers narcissique comme une « façon organisée de se défendre de toutes douleurs et contradictions internes et de les expulser pour les faire couvrir ailleurs, tout en se survalorisant, tout cela aux dépens d'autrui et non seulement sans peine, mais avec jouissance » (Racamier, 1992c). L'individu, incapable de supporter ses propres failles narcissiques, utilise autrui comme un « objet » pour maintenir son sentiment de toute-puissance et d'invulnérabilité. Le pervers narcissique projette ses défauts, faiblesses, et culpabilités sur l'autre, cherchant à le détruire pour se protéger de l'effondrement narcissique. Selon Racamier (1992c) la perversion narcissique, qu'il définit comme « l'aboutissement et la destination du mouvement pervers », est une véritable entreprise de domination et de manipulation, où l'autre devient le réceptacle de tout ce que le pervers narcissique ne peut accepter en lui-même.

Racamier (1992c) explique que la perversion narcissique est caractérisée par une inversion des valeurs et des rôles, où le bien est transformé en mal et vice-versa, permettant ainsi au pervers narcissique de justifier ses actions destructrices. Le pervers narcissique se vit comme omnipotent, incapable de reconnaître la souffrance qu'il inflige aux autres, car cela signifierait reconnaître sa propre vulnérabilité. Cette dynamique perverse est souvent dissimulée sous une apparence de normalité, rendant difficile la prise de conscience de la victime.

En outre, Racamier (1992c) souligne l'importance de comprendre que la perversion narcissique est profondément ancrée dans une incapacité à établir des relations

authentiques et respectueuses. Pour le pervers narcissique, l'autre n'existe que comme un reflet déformé de lui-même, utilisé pour assouvir ses propres besoins narcissiques, sans considération pour l'intégrité psychique de l'autre .

Racamier identifie lors de sa conférence « Décervelage et perversions dans les institutions » du 6 avril 1995 à Lausanne, quatre traits distinctifs qui caractérisent la perversion narcissique :

- **L'horreur de la dépendance** : Les individus présentant une perversion narcissique éprouvent une profonde aversion pour toute forme de dépendance. Ils rejettent la vulnérabilité et évitent les attachements émotionnels, percevant toute forme de dépendance comme une menace à leur autonomie. Cette peur les pousse à manipuler les relations pour maintenir leur indépendance et éviter tout lien qui pourrait les rendre vulnérables.
- **La disqualification** : Racamier souligne que les pervers narcissiques ont tendance à disqualifier les autres. Cette disqualification se traduit par des critiques incessantes, le dénigrement et l'humiliation. En dévalorisant constamment les autres, ils cherchent à maintenir une image grandiose d'eux-mêmes et à asseoir leur supériorité. Ce comportement est un moyen de conserver le contrôle dans les relations et de se protéger de toute remise en question.
- **La vérité n'a pas d'importance** : Pour les pervers narcissiques, la vérité n'a que peu d'importance. Ils adoptent une relation utilitaire avec la vérité, la manipulant à leur avantage sans remords ni considération pour l'objectivité.

La vérité est modelée en fonction de leurs besoins, souvent au détriment des autres, pour maintenir leur emprise sur leur entourage.

- **Le surinvestissement de la parole** : Enfin, Racamier met en avant le surinvestissement de la parole chez les pervers narcissiques. Ils utilisent le langage de manière manipulatrice, employant des mots pour tromper, contrôler et dominer. Leur parole, bien que souvent séduisante, est vide de sens profond et sert principalement à maintenir leur pouvoir sur autrui.

Cette définition met en lumière l'aspect destructeur de la perversion narcissique, non seulement pour les victimes, mais aussi pour le tissu social et relationnel dans lequel elle se manifeste.

Le trouble de la personnalité narcissique (TPN), tel que décrit dans le DSM-5, se caractérise par un schéma omniprésent de grandeur, un besoin excessif d'admiration, et un manque d'empathie. Les relations interpersonnelles de ces individus sont souvent marquées par une froideur émotionnelle et un manque d'intérêt pour les autres (APA, 2013).

«Ceux qui entrent en relation avec des personnes narcissiques ressentent typiquement chez leur interlocuteur une froideur émotionnelle et un manque d'intérêt réciproque.» (APA, 2013)

Ces propos seront maintenant illustrés à travers un cas clinique, en s'appuyant sur le modèle de Racamier et l'approche neurobiologique abordée précédemment.

Cas Clinique : Agnès

Agnès est une adolescente de 13 ans, vivant avec ses parents et son frère aîné de 2 ans son aîné. A l'âge de 12 ans elle révèle des faits d'agressions sexuels à l'infirmière scolaire. Ces faits concernent des agressions sexuelles qu'elle a subi de la part de son père sur une période qui s'est étendue depuis les premiers souvenirs qu'elle a d'elle-même jusqu'à l'âge de 10-11 ans. Ces agressions se produisaient principalement lorsque son père et elle étaient seuls, souvent en regardant la télévision dans la chambre parentale.

Un dépôt de plainte a été réalisé, qui a été classé sans suite, et une prise en charge en Action Éducative en Milieu Ouvert (AEMO) a été mise en place.

Agnès, quand je la rencontre en hospitalisation, est déjà prise en charge sur le plan pédopsychiatrique depuis 1 an et demi, en lien avec des idées suicidaires scénarisées, et un syndrome anxio-dépressif. Elle a déjà été hospitalisée à plusieurs reprises en pédiatrie, dans ce contexte.

Les idées suicidaires, selon Agnès, ont débuté au moment où elle s'est rendue compte de ce qu'elle subissait, c'est-à-dire du fait que ce n'était pas « normal ». Elle explique s'en être rendue compte suite à la lecture d'une pancarte explicative à ce sujet il y a un an et demi. Elle a par la suite eu peur d'en parler par crainte qu'on ne la croit pas. Elle décide finalement d'en parler à une infirmière scolaire qui s'est montrée présente, et qui lui a dit qu'elle était toujours disponible pour elle, si Agnès en ressentait le besoin.

Agnès évoque après cela, et dès le dépôt de plainte, que personne ne l'a cru. Ses grands-parents du côté paternel ne lui ont d'ailleurs plus adressé la parole du jour au lendemain.

Après le dépôt de plainte, le père d'Agnès a décidé de quitter le domicile. Je découvrirais plus tard, suite à un appel téléphonique avec la mère d' Agnès, que la raison invoquée était que son père était inquiet de conséquences juridiques potentielles s'il se mettait en colère et que Agnès en parlait. Il demandera par ailleurs à Agnès, pendant ses 6 mois d'absence, de rédiger plusieurs lettres pour infirmer ses propos, ce qu'Agnès refusera de faire.

Lors de l'hospitalisation Agnès présente en effet des idées suicidaires, une anxiété marquée. Elle évoque des reviviscences, des flashs backs, et des cauchemars de scènes traumatiques avec son père. Nous retrouvons des conduites d'évitement, ainsi que des perturbations neurovégétatives.

Lors des entretiens Agnès doute de tout, a des difficultés à s'exprimer, et beaucoup de ses réponses se limitent à un «je ne sais pas», articulé avec une angoisse massive. Elle semble ne pas savoir répondre car elle ne semble effectivement pas faire confiance à ce qu'elle pense et ce qu'elle sait. Agnès le dit « à force que l'on me répète que ce n'est pas vrai je finis par le croire ». Pourtant lorsqu'on valide ses ressentis, Agnès est capable d'expliquer les choses, et peut montrer des capacités de raisonnement et de compréhension très développées ainsi qu'une faculté à faire preuve d'empathie très touchante.

Elle évoque par ailleurs une dynamique familiale apparaissant très perturbée et questionnante. Agnès ferait 3h de tâches ménagères par jour au minimum, et parfois

toute la journée. Elle fait également les tâches ménagères de son frère, quand lui ne veut pas les faire pour éviter des punitions de la part de ses parents.

Le discours de la mère, concernant sa fille, est assez paradoxal, elle ne dit pas qu'elle ne la croit pas ni qu'elle la croit, elle dit penser que Agnès a mal interprété les choses. Elle peut par ailleurs justifier la situation en expliquant que c'est Agnès qui demandait à son père de la laver.

Analyse du Cas d'Agnès selon le Modèle de Racamier

« Les incestes sont des affaires narcissiques avant que d'être des affaires sexuelles. Tout inceste est une emprise, et cette emprise est fondamentalement narcissique. »
(Racamier, 1995)

Inceste et Emprise Narcissique : Le cas d'Agnès illustre une dynamique d'inceste, où le père exerce une emprise narcissique sur elle, un concept central dans le modèle de Racamier. Cette emprise se manifeste non seulement par des agressions sexuelles, mais aussi par une manipulation psychologique. Le père cherche à contrôler la perception de la réalité par Agnès, ce qui entraîne une confusion profonde chez elle quant à la nature de ce qu'elle a vécu. Cette situation crée une dynamique où les rôles familiaux sont brouillés, empêchant Agnès de se différencier psychiquement et de développer une perception claire de ses propres expériences.

Confusion des Rôles et Réécriture de la Réalité : La réponse ambivalente de la mère, qui minimise les abus en suggérant qu'Agnès aurait mal interprété les événements, aggrave cette confusion. En refusant de reconnaître la gravité des actes du père, la mère contribue à un environnement où la réalité est constamment réécrite. Cela empêche Agnès de valider ses propres perceptions et sentiments.

Cette dynamique est typique de l'inceste et des climats incestuels, où la manipulation des perceptions et des souvenirs des membres de la famille est courante, pour maintenir une seule version des faits.

Dynamique Familiale et Manipulation Psychologique : Le père d'Agnès renforce son emprise en demandant à sa fille de rétracter ses accusations, ce qui est une forme de manipulation psychologique. Cette tentative de réécrire l'histoire familiale crée un sentiment de doute chez Agnès, la poussant à questionner ses propres souvenirs et expériences. Dans le modèle de Racamier, cette stratégie de contrôle est essentielle pour maintenir l'inceste, car elle empêche la victime de se distancier psychologiquement de l'agresseur et de reconstruire une identité personnelle solide.

Analyse du Cas d'Agnès selon le Modèle Neurobiologique d'Attachement de Van der Kolk et Allan Schore

Impact Neurobiologique du Trauma (Van der Kolk) : Les expériences traumatiques vécues par Agnès, en particulier les agressions sexuelles, ont probablement altéré son traitement des souvenirs. Van der Kolk explique que les traumatismes peuvent affecter la manière dont les souvenirs sont stockés et récupérés, rendant difficile l'intégration de ces expériences dans une narration cohérente. Les flashbacks et les reviviscences qu'Agnès subit indiquent que ses souvenirs traumatiques sont réactivés involontairement, souvent sous forme de sensations corporelles ou d'émotions intenses, sans une structure narrative qui pourrait les rendre compréhensibles et moins envahissantes.

Attachement Insécure et Régulation Émotionnelle (Schore) : L'attachement insécure, reflété dans la relation ambivalente d'Agnès avec sa mère, a affecté sa

capacité à réguler ses émotions et à intégrer ses expériences traumatiques. Selon Schore, un attachement insécuré peut perturber le développement des circuits cérébraux responsables de la régulation émotionnelle, ce qui explique pourquoi Agnès lutte pour donner un sens à ses expériences. Sa difficulté à faire confiance à ses propres perceptions et souvenirs est un signe de cette dysrégulation, exacerbée par l'environnement familial insécurisant, où ses besoins émotionnels ne sont ni reconnus ni validés de manière cohérente.

En résumé, les troubles d'Agnès peuvent être compris à travers l'interaction entre : l'inceste et les dégâts que cela provoque sur la construction de son identité, et les effets neurobiologiques du traumatisme associés à un attachement insécuré. Ces facteurs combinés expliquent pourquoi Agnès éprouve des difficultés à se fier à ses souvenirs et à ses émotions.

Les relations humaines peuvent être façonnées par des dynamiques d'exploitation, souvent masquées sous l'apparence de liens forts ou d'attachement. Deux exemples illustratifs de ce phénomène sont aussi les dérives sectaires et le syndrome de Stockholm. Ces situations montrent comment des relations peuvent être fondées sur la manipulation, le contrôle, et l'asservissement psychologique.

2. Dérives Sectaires

Les dérives sectaires sont souvent caractérisées par un processus de manipulation mentale, où un leader ou un groupe de leaders exerce une emprise totale sur les membres. Selon Steven Hassan (*Combating Cult Mind Control*, 2015), les membres sont souvent recrutés sous la promesse d'une communauté améliorée, d'une

spiritualité profonde, ou d'une mission supérieure. Cependant, une fois intégrés, ils se retrouvent piégés dans une dynamique où leur liberté individuelle est systématiquement érodée.

Robert Jay Lifton (1986), offre une analyse approfondie des mécanismes de manipulation utilisés dans les sectes et les régimes totalitaristes pour dominer et contrôler les individus. Lifton examine les dynamiques psychologiques qui rendent certaines personnes particulièrement vulnérables à ces formes de domination, tout en développant une critique des structures totalitaires qui cherchent à s'approprier la réalité des individus.

Caractéristiques des Victimes de Manipulation

Lifton (1986) identifie plusieurs caractéristiques psychologiques qui rendent les individus susceptibles de tomber sous l'influence des sectes ou des régimes totalitaristes. Ces caractéristiques incluent une dépendance prolongée, la peur de la mort, la soif de certitude, et le besoin de donner un sens à des expériences de souffrance.

Dépendance prolongée et besoin de guidance omnipotente

Lifton explique que la longue période de dépendance pendant l'enfance peut engendrer chez certaines personnes un besoin persistant d'un guide omnipotent, surpassant même l'autorité parentale. Il écrit :

« Notre dépendance prolongée durant l'enfance contribue aux grandes réalisations humaines, mais cette tendance peut également s'exprimer par un besoin d'un guide omnipotent, plus puissant même que celui des parents. » (Lifton, 1986)

Ce besoin de protection et de guidance peut pousser les individus à se tourner vers

des leaders sectaires ou totalitaires qui se présentent comme des figures tout-puissantes capables de résoudre toutes leurs incertitudes.

La peur de la mort et la quête de transcendance

La conscience de la mortalité est un autre facteur clé de vulnérabilité. Il écrit :

« Nous sommes l'espèce qui sait qu'elle meurt. Nous avons une conscience troublante de la mort et passons notre vie à lutter contre cette conscience. Le guide omnipotent, le gourou sacré, offre une vision du surpassement de la mort, de la vie dans l'éternité, des expériences mystiques transcendantales où le temps et la mort disparaissent. » (Lifton, 1986)

Ces promesses de transcendance rendent les individus plus réceptifs aux doctrines des sectes, car elles répondent à une angoisse existentielle profonde.

Soif de structure et de certitude

Lifton (1986) souligne que les sectes offrent une réponse à l'ambivalence et au chaos perçu du monde en fournissant une structure idéologique rigide et une certitude absolue.

Les membres des sectes sont souvent des personnes en quête de certitude dans un monde incertain. La rigidité idéologique des sectes leur procure un sentiment de sécurité et de cohésion, les rendant plus vulnérables à la manipulation.

Le besoin de donner un sens aux expériences de souffrance

Les individus ayant survécu à des expériences traumatiques ou de grande souffrance peuvent développer un besoin intense de donner un sens à ces expériences. Lifton remarque que certains survivants de catastrophes comme Hiroshima ou Auschwitz valorisent ces expériences pour le sens profond qu'elles leur avaient donné :

« Quelques survivants d'Hiroshima et d'Auschwitz m'ont surpris en me disant à quel point ils appréciaient leur expérience. [...] Certains d'entre eux se sont engagés dans ce que l'on pourrait appeler des missions de survivants pour avertir des dangers ultimes et suggérer des moyens de les combattre. » (Lifton, 1986)

Approche Sociologique des Politiques Totalitaristes

Lifton applique également son analyse aux politiques totalitaristes, où il identifie des mécanismes similaires de manipulation et de contrôle. Les régimes totalitaristes utilisent des techniques de réforme de la pensée pour restructurer les croyances et l'identité des individus, souvent par des moyens coercitifs tels que la critique de groupe, la confession forcée, et le contrôle de l'environnement. (Lifton, 1986)

Réforme de la pensée et domination totale

Lifton décrit la réforme de la pensée comme un processus visant à transformer non seulement les opinions politiques, mais aussi l'identité individuelle des citoyens. Ce processus repose sur une idéologie totalisante qui prétend détenir la vérité absolue et cherche à imposer cette vérité à tous les aspects de la vie. (Lifton, 1986)

Cette dynamique est au cœur des régimes totalitaires, qui utilisent des techniques de contrôle idéologique pour dominer les esprits et modeler la société selon leurs doctrines.

Contrôle de l'environnement et isolement des individus

Le contrôle de l'environnement, une technique centrale des régimes totalitaires, vise à isoler les individus de toute influence extérieure qui pourrait remettre en question l'autorité du régime. Lifton souligne que ce contrôle peut même affecter la communication interne des individus, limitant leur capacité à penser de manière critique : « Le contrôle de l'environnement signifie le contrôle de la communication

dans l'environnement. Il s'agit d'une forme de domination psychologique sur laquelle tout le reste dépend, et elle peut pénétrer suffisamment profondément dans la psyché pour affecter ce que l'on pourrait appeler la communication avec soi-même.

» (Lifton, 1986)

Cette technique isole les individus et les plonge dans une réalité construite par le régime, réduisant leur capacité à résister ou à défier l'autorité.

Subordination de l'individu à la doctrine

Dans les régimes totalitaires, les doctrines du régime sont placées au-dessus des besoins et des croyances des individus. Toute dissidence est pathologisée, et les doutes sur l'orthodoxie du régime sont interprétés comme des preuves de déficience personnelle. Lifton écrit : « Si l'on a des questions ou des doutes sur l'orthodoxie totalisante, ils doivent être attribués à ses propres limitations ou pathologies, car on ne peut remettre en question les vérités sacrées qui prévalent. » (Lifton, 1986)

Cette technique de subordination renforce la domination du régime en sapant la confiance des individus en leur propre jugement et en leur imposant une dépendance totale à l'égard de l'idéologie dominante.

L'article de Lifton montre comment les techniques de manipulation psychologique, qu'elles soient utilisées par des sectes ou des régimes totalitaristes, exploitent les vulnérabilités des individus pour les contrôler et les dominer. Les victimes de ces systèmes partagent souvent des caractéristiques psychologiques spécifiques, telles que le besoin de guidance, la peur de la mort, la quête de certitude, et le désir de donner un sens à leur souffrance. En explorant ces dynamiques, Lifton offre une compréhension profonde des mécanismes de domination dans les contextes

idéologiques totalitaires, soulignant l'importance de la résistance intellectuelle et psychologique pour préserver l'autonomie individuelle (Lifton, 1986).

Après avoir examiné les mécanismes de manipulation mentale au sein des dérives sectaires, il est pertinent d'aborder le syndrome de Stockholm. Ce phénomène, où les victimes développeraient un attachement paradoxal envers leurs agresseurs, partage certaines dynamiques avec les relations sectaires, illustrant une autre facette de la manipulation et du contrôle psychologique.

3. Le Syndrome de Stockholm

L'article « Stockholm syndrome: psychiatric diagnosis or urban myth? » examine la validité du syndrome de Stockholm en tant que diagnostic psychiatrique. Ce terme, né après un braquage de banque à Stockholm en 1973, décrit le lien émotionnel que des otages auraient développé avec leurs ravisseurs. Malgré sa popularité médiatique, le syndrome n'est pas reconnu dans les classifications psychiatriques internationales. En effet les recherches sur ce syndrome sont limitées et se basent principalement sur des études de cas et des interviews rétrospectives, sans consensus sur des critères diagnostiques valides.

Un élément troublant souvent souligné est le fait que les otages, malgré des opportunités d'évasion, n'ont pas tenté de fuir. Les auteurs émettent l'hypothèse que l'étiquette de syndrome de Stockholm pourrait servir à éviter d'expliquer des comportements inexplicables, ces cas ayant attiré l'attention du public grâce à une couverture médiatique intense, tant pendant la captivité qu'après la libération.

L'article de Bailey et al. (2023) propose une réévaluation critique du concept de syndrome de Stockholm, souvent invoqué pour expliquer pourquoi certaines victimes de violence interpersonnelle ou d'enlèvement semblent développer un lien émotionnel avec leurs agresseurs. Cependant, ce concept est remis en question en raison de son manque de fondements empiriques solides et de sa mauvaise interprétation des mécanismes de survie des victimes.

Le syndrome de Stockholm a été critiqué pour suggérer à tort qu'il existe une relation mutuelle d'affection entre la victime et l'agresseur. En réalité, cette idée de « lien positif » n'est pas ancrée dans les expériences des survivants, mais dans une perception erronée de leur comportement, souvent interprétée de manière biaisée par des observateurs extérieurs. Les auteurs soulignent que cette notion ajoute à la honte et à la confusion ressenties par les survivants, en leur faisant croire qu'ils sont en partie responsables de la relation abusive (Bailey et al., 2023).

En réponse aux limites du syndrome de Stockholm, Bailey et al. (2023) introduisent le concept d'« apaisement », basé sur la théorie polyvagale développée par Stephen Porges (2021). Ce concept décrit une réponse neurobiologique et instinctive des victimes visant à calmer l'agresseur pour minimiser les risques de violence.

Contrairement au syndrome de Stockholm, l'apaisement est présenté comme une stratégie adaptative inconsciente, où la victime utilise des signaux sociaux pour apaiser l'agresseur, garantissant ainsi sa survie.

La théorie polyvagale met en avant l'importance du système nerveux autonome, en particulier du complexe vagal ventral, dans la régulation des réponses émotionnelles en situation de menace. Selon cette théorie, l'apaisement est une réponse avancée où la victime exploite des indices sociaux pour réguler le comportement de

l'agresseur, en utilisant des mécanismes tels que l'expression faciale et le ton de la voix pour maintenir une apparence de calme. Cette stratégie, bien que souvent inconsciente, permet d'éviter une escalade de la violence et de garantir la survie dans des situations extrêmes (Porges, 2021).

L'intégration du concept d'apaisement dans la prise en charge clinique des survivants de traumatismes pourrait transformer la manière dont ces comportements sont interprétés et traités. En validant ces comportements comme des réponses de survie plutôt que des signes de faiblesse ou de complicité, les cliniciens peuvent aider les survivants à surmonter la honte et à renforcer leur résilience. L'adoption du terme apaisement à la place du syndrome de Stockholm permet une compréhension plus nuancée des mécanismes de survie des victimes de traumatismes (Bailey et al., 2023).

Les dérives sectaires et le syndrome de Stockholm sont des exemples frappants de liens exploitatifs qui se développent sous l'influence de mécanismes de contrôle et de manipulation psychologiques. Ces relations, bien qu'elles puissent sembler être des formes d'attachement ou de dépendance, sont en réalité des structures d'asservissement où l'autonomie et la santé mentale des individus sont gravement compromises. Ces exemples illustrent comment des dynamiques pathologiques peuvent transformer les relations humaines en instruments de pouvoir et de domination, offrant ainsi une perspective cruciale sur la manière dont le traumatisme et la manipulation peuvent pervertir les liens interpersonnels.

3. Impact du traumatisme à une autre échelle : le traumatisme collectif

a) Trauma transgénérationnel

La transmission transgénérationnelle du trauma est un processus complexe par lequel les traumatismes non résolus d'une génération peuvent être transmis aux suivantes. Paul-Claude Racamier a exploré en profondeur ce phénomène. Selon lui, la famille joue un rôle central dans ce processus, il dit « la famille est un lieu privilégié de la transmission des non-dits, des secrets, des conflits non résolus. Ce que la parole a tué, le silence le transmet » (Racamier, 1980).

Racamier souligne également que les traumatismes non élaborés, c'est-à-dire ceux qui n'ont pas été confrontés ou résolus, se répètent de génération en génération, il dit « Le trauma non élaboré se répète de génération en génération, tel un fantôme qui hante la famille, sans jamais trouver de repos tant qu'il n'a pas été confronté et compris » (Racamier, 1980).

Ce phénomène de répétition inconsciente est souvent silencieux et s'exprime par des comportements ou des symptômes qui se manifestent chez les descendants, même s'ils ne sont pas directement exposés aux événements traumatiques d'origine. Comme il l'indique, « ce qui n'est pas dit est agi, et ce qui est agi se transmet sans mot dire, comme une sorte de contagion psychique entre les générations » (Racamier, 1992b).

Ces dynamiques montrent comment les blessures psychiques peuvent se perpétuer dans une famille, affectant profondément la vie des générations futures, même en l'absence d'une transmission verbale explicite du trauma.

Les recherches récentes sur les mécanismes épigénétiques ont permis de mieux comprendre comment les traumatismes peuvent non seulement se transmettre de manière psychologique, mais aussi biologique. Par exemple, les modifications épigénétiques, telles que la méthylation de l'ADN, peuvent être déclenchées par des événements traumatiques et transmises aux générations suivantes (Yehuda et al., 2015). Cette transmission génétique contribue à une susceptibilité accrue aux troubles liés au stress, même chez les descendants qui n'ont pas été directement exposés aux événements traumatiques. Ils décrivent comment les expériences traumatiques laissent une «signature» épigénétique sur le génome, modifiant l'expression des gènes associés à la réponse au stress. Ces découvertes renforcent l'idée que les traumatismes non résolus peuvent avoir des effets durables sur plusieurs générations, à la fois au niveau psychologique et biologique.

b) Mémoire collective et trauma collectif et culturel

La mémoire collective est un concept développé par le sociologue Maurice Halbwachs, qui postule que les souvenirs sont partagés et maintenus vivants au sein d'un groupe social à travers des récits, des rituels, et d'autres formes de commémoration. Cette mémoire collective joue un rôle crucial dans la formation de l'identité collective, car elle fournit un cadre commun à travers lequel les membres d'un groupe social se souviennent de leur passé et comprennent leur présent (Halbwachs, 1992).

Le trauma collectif (Smelser, 2004) désigne un événement traumatique qui affecte une communauté, une société entière, ou même une culture dans son ensemble. Ce type de trauma dépasse les expériences individuelles pour toucher un groupe social de manière large et profonde. Les guerres, les génocides, les catastrophes

naturelles, ou les attaques terroristes sont des exemples typiques de traumatismes collectifs. L'impact de ces événements est souvent durable, influençant non seulement les individus qui en sont directement affectés, mais aussi les générations futures et la culture de la société en général.

Neil Smelser (2004), sociologue, a développé le concept de trauma culturel, qu'il définit comme un événement traumatique qui menace l'existence même d'une société ou viole certains de ses présupposés culturels fondamentaux. Un trauma devient culturel lorsqu'il est intégré dans la mémoire collective d'une société et qu'il affecte profondément la conscience collective et l'identité culturelle de cette société. Selon Smelser (2004) pour qu'un événement soit considéré comme un trauma culturel, il doit remplir plusieurs conditions :

- Il doit être perçu comme une menace existentielle ou une violation grave des valeurs fondamentales de la société.
- Il doit y avoir une reconnaissance collective de l'événement comme étant traumatique.
- Il doit être intégré dans la mémoire collective par le biais de pratiques culturelles, de récits, et de commémorations publiques, devenant ainsi un élément central de l'identité collective.

L'Holocauste, par exemple, est souvent cité comme un trauma culturel majeur, ayant marqué profondément la conscience collective mondiale et redéfini des concepts tels que les droits humains et la justice. De même, les attentats du 11 septembre 2001 aux États-Unis sont perçus comme une attaque contre les valeurs fondamentales américaines, provoquant une réaction collective qui continue de modeler la politique du pays (Smelser, 2004).

Shoshana Felman, une figure éminente dans le domaine de la critique littéraire et des études sur le trauma, décrit le XXe siècle comme «le siècle du trauma» (Felman & Laub, 1992). Elle explore cette idée principalement à travers ses analyses des événements historiques et des œuvres littéraires qui marquent cette période.

Felman décrit le XXe siècle comme un siècle profondément marqué par des catastrophes à grande échelle, telles que les guerres mondiales, l'Holocauste, les génocides, et les crises politiques et économiques. Ces événements ont produit des traumatismes non seulement sur le plan individuel, mais aussi à l'échelle collective. Pour Felman, la littérature, le cinéma, et l'art de ce siècle sont saturés par des tentatives de représenter, de témoigner et de comprendre ces expériences traumatiques (Felman & Laub, 1992).

Felman soutient que le XXe siècle se distingue par la manière dont les sociétés ont dû affronter et se souvenir de ces traumatismes, ce qui a profondément influencé la culture et l'identité collective. Elle insiste sur l'idée que ces traumatismes ont également transformé la manière dont nous comprenons le témoignage et la justice. Le témoignage, selon elle, devient un acte central pour survivre à ces horreurs et pour préserver la mémoire des événements traumatiques (Felman & Laub, 1992).

Dans ses travaux, notamment dans *Testimony: Crises of Witnessing in Literature, Psychoanalysis, and History*, coécrit avec Dori Laub, Felman analyse comment les témoignages de survivants sont essentiels pour comprendre la profondeur du trauma. Elle affirme que ces récits ne sont pas seulement des témoignages personnels, mais qu'ils portent également une dimension collective, qui transcende l'expérience individuelle pour parler de l'impact global sur l'humanité.

Felman (2002) explore également comment la justice et les tribunaux, notamment le procès de Nuremberg, ont tenté de gérer le trauma à travers la loi. Elle examine la complexité de traduire le trauma en termes juridiques, soulignant que le droit lui-même a été transformé par l'exigence de témoigner sur des crimes d'une ampleur sans précédent. Ce processus a non seulement influencé la manière dont les sociétés se souviennent de ces événements, mais a également modifié la structure même de la justice au XXe siècle.

En résumé, pour Shoshana Felman, le « siècle du trauma » est une époque où les sociétés ont été confrontées à des événements d'une violence extrême, qui ont transformé à la fois la mémoire collective et les structures sociales, culturelles, et juridiques.

III) Qu'est-ce qui répare le lien à soi, le lien aux autres ?

1. La notion de réparation de lien

La notion de réparation du lien, qu'il soit avec soi-même ou avec autrui, est essentielle dans le processus de rétablissement après un traumatisme. Le trauma, par sa nature déstabilisante, rompt souvent les liens émotionnels et sociaux qui sont essentiels au bien-être d'un individu. Plusieurs approches théoriques et pratiques ont été développées pour comprendre et ainsi faciliter cette réparation.

Emmanuel Levinas (1961) nous rappelle que «la véritable paix commence par la responsabilité pour l'autre, une responsabilité qui reconnaît et cherche à réparer le lien rompu par l'indifférence ou la violence». Cette perspective philosophique met en lumière l'importance éthique de la réparation, où la reconnaissance de l'autre devient la première étape pour reconstruire des relations endommagées. Cette approche trouve des échos dans la pratique thérapeutique, où la reconnaissance et la validation des émotions de l'autre jouent un rôle crucial dans la réparation du lien.

John Bowlby, dans sa théorie de l'attachement, affirme que «le lien affectif est la base de toute relation humaine. Quand ce lien est rompu, la réparation passe par la réassurance et la reconstitution de la sécurité» (Bowlby, 1988). Les études ont montré que la réassurance émotionnelle, fournie dans un cadre thérapeutique sûr, peut grandement contribuer à restaurer des relations sécurisantes après un traumatisme.

Paul Ricoeur aborde la réparation sous l'angle de la justice restaurative, en déclarant que «la justice restaurative ne vise pas seulement à punir le coupable, mais à rétablir un lien social qui a été brisé, à permettre à une communauté de se

réconcilier avec elle-même» (Ricoeur, 1990). Cette approche est particulièrement pertinente dans les contextes où le trauma a affecté non seulement les individus, mais aussi les communautés entières, soulignant l'importance de la réconciliation pour la guérison collective.

Jean-Pierre Winter (2008) explique que «la réparation dans le cadre de la psychanalyse consiste à redonner du sens là où le trauma a laissé une brèche. C'est une restauration symbolique du lien entre l'individu et son histoire». Cette perspective est essentielle dans les traitements des traumatismes complexes, où le travail thérapeutique cherche à réintégrer des fragments dissociés de l'expérience traumatique dans une narration cohérente.

Pour Françoise Dolto (1971), « pour qu'un enfant grandisse dans la paix, il faut que les liens qui l'entourent soient fondés sur la vérité, même si elle est douloureuse. La vérité est la base de toute réparation ». Cette notion de vérité comme fondement des relations est soutenue par des recherches qui montrent que l'intégration des vérités difficiles dans la thérapie favorise la résilience et le rétablissement.

Enfin, Primo Levi souligne l'importance du témoignage dans la réparation des liens après des événements traumatiques extrêmes : « Le pardon est absurde lorsqu'il s'agit de crimes comme ceux-là, commis contre des innocents qui ne pouvaient pas se défendre. La seule réparation possible est le témoignage, c'est de raconter l'horreur pour que cela ne se reproduise plus » (Levi, 1986). Levi insiste également sur la nécessité de reconstruire un lien avec la vie à travers le travail de mémoire : « Il n'y a pas de réparation pour ceux qui sont morts, mais pour les survivants, il y a la possibilité de reconstruire un lien avec la vie par le travail de mémoire » (Levi, 1986).

2. Les thérapies pour la réparation des liens

Les thérapies psycho-corporelles, telles que l'EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing), le Somatic Experiencing (SE) de Peter Levine (1997), et la thérapie sensorimotrice, ont montré leur efficacité dans la réparation des liens après un traumatisme. Ces approches permettent d'intégrer les expériences traumatiques à travers le corps, aidant les patients à rétablir une connexion avec leurs sensations corporelles et leurs émotions. Par exemple, une étude de Shapiro et al. a démontré que l'EMDR est particulièrement efficace pour réduire les symptômes de stress post-traumatique (PTSD) et améliorer la qualité des relations interpersonnelles chez les survivants de traumatismes.

Le Somatic Experiencing (SE) est une approche thérapeutique développée par Peter Levine pour traiter le traumatisme et le stress chronique en se concentrant sur les sensations corporelles (interoception, proprioception, et kinesthésie) plutôt que sur la seule expérience cognitive ou émotionnelle.

Le Somatic Experiencing repose sur l'idée que le traumatisme est une perturbation dans la capacité du système nerveux à se réguler. Lorsqu'une personne subit un événement traumatique, son système nerveux peut rester bloqué dans un état de « lutte ou fuite » (hyperactivation) ou dans un état de « gel » (hypoactivation), ce qui empêche la résolution complète de l'expérience traumatique (Levine, 1997).

« La clé pour guérir les symptômes traumatiques chez l'homme réside dans notre physiologie. Si nous pouvons changer la façon dont le système nerveux réagit au traumatisme, nous pouvons changer les symptômes traumatiques. » (Levine, 1997)

Le SE commence par aider le patient à prendre conscience de ses sensations corporelles. Plutôt que de revivre directement le traumatisme, le thérapeute guide le patient pour qu'il se concentre sur des sensations spécifiques dans le corps, par exemple, la tension dans les muscles, la respiration, ou les battements du cœur. Cette approche permet de titrer, c'est-à-dire de doser progressivement l'expérience traumatique, en réduisant le risque de submersion émotionnelle (Levine, 2010).

« Pour guérir, nous devons être capables de visiter et de toucher doucement les sensations du traumatisme sans en être submergés » (Levine, 2010).

Le corps humain dispose d'une énergie de survie qui, en situation de danger, prépare le corps à agir. Si cette énergie n'est pas utilisée ou libérée, elle reste emprisonnée dans le système nerveux. Le SE vise à libérer cette énergie résiduelle en complétant les réponses de défense inachevées. Il cite comme exemple des mouvements involontaires du corps qui peuvent surgir spontanément durant la séance. Cette libération se fait en suivant le rythme du patient, en s'assurant qu'il se sente en sécurité tout au long du processus (Levine, 2010).

Une fois que les réponses de défense inachevées ont été libérées, le thérapeute aide le patient à rétablir un équilibre dans son système nerveux. Cela implique de passer de l'activation à la relaxation et de permettre au corps de retrouver un état de repos. Ce processus aide à renforcer la résilience du système nerveux et à améliorer la capacité du patient à gérer le stress (Levine, 2010)

Le SE ne se limite pas à la libération de l'énergie bloquée ; il vise également à aider le patient à intégrer cette nouvelle expérience dans sa vie quotidienne. Cela peut inclure le développement d'une meilleure conscience corporelle, une capacité accrue

à rester présent dans des situations stressantes, et une amélioration générale du bien-être émotionnel (Levine, 2010).

Bien que la recherche sur le Somatic Experiencing soit encore limitée, une étude contrôlée randomisée menée par Brom, Stokar, Lawi et al. (2017) a montré que le Somatic Experiencing pourrait être efficace pour réduire les symptômes de stress post-traumatique.

Le Somatic Experiencing, en permettant aux individus de réintégrer des expériences traumatiques à travers le corps, offre une voie vers le rétablissement. Cependant, la réparation du lien avec soi-même peut également trouver une dimension collective, notamment à travers le travail en groupe. Les dynamiques de groupe permettent non seulement de valider l'expérience individuelle, mais aussi de reconstruire un sentiment d'appartenance et de soutien mutuel, éléments essentiels pour surmonter l'isolement souvent associé au traumatisme.

Organisations d'entraide et traitement du traumatisme

Les organisations d'entraide pour les personnes ayant des antécédents de traumatismes ou d'addictions ont développé un modèle de traitement qui s'attaque à de nombreux problèmes centraux liés à la répétition du traumatisme. Ces groupes offrent non seulement un soutien social, mais aussi un cadre cognitif significatif pour traiter le sentiment d'impuissance qui est au cœur de ces problèmes (Van der Kolk, 1989). Ils mettent l'accent sur le développement de la « sérénité », perçue à la fois comme un état de stabilité autonome et de paix avec son environnement. Les membres apprennent à faire confiance, à se rendre vulnérables, et à établir des engagements interpersonnels.

L'hypothèse sous-jacente est que les conclusions tirées de la perspective d'un enfant conservent leur pouvoir à l'âge adulte tant qu'elles ne sont pas verbalisées et examinées. En d'autres termes, les croyances et les comportements développés pendant l'enfance pour faire face à des situations traumatiques continuent d'influencer la vie de l'adulte jusqu'à ce qu'ils soient conscients et confrontés. Dans un contexte de groupe, les victimes peuvent apprendre qu'en tant qu'enfants, elles n'étaient pas responsables du chaos, de la violence et du désespoir qui les entouraient. Cette prise de conscience est cruciale, car elle permet de transformer une perspective internalisée et faussement responsabilisante en une compréhension plus réaliste des événements passés. Les groupes d'entraide enseignent que bien que les enfants soient souvent impuissants face à la violence, les adultes ont le pouvoir de faire des choix conscients pour ne pas s'engager dans des relations ou des comportements nuisibles (Van der Kolk, 1989).

Cette compréhension aide à briser le cycle de répétition du traumatisme, car elle permet aux survivants de reconnaître les schémas destructeurs hérités de leur enfance et de les remplacer par des comportements plus sains et autonomes. En outre, ces groupes encouragent à renoncer aux comportements, substances ou relations qui alimentent l'addiction. Le fait de renoncer à ces comportements s'apparenterait à surmonter une forme de déni dans leur vie. En effet, éviter de reconnaître les émotions associées au traumatisme favorise l'agir. Les personnes traumatisées doivent comprendre que reconnaître les émotions liées au traumatisme ne fait pas revenir le traumatisme lui-même ni la violence et l'impuissance qui l'accompagnaient. Ce processus est essentiel pour la guérison, car il permet aux individus de se libérer du passé et de construire un avenir fondé sur des choix conscients et réfléchis (Van der Kolk, 1989).

Les médicaments psychotropes peuvent également jouer un rôle dans la réduction de l'état d'hypervigilance, facilitant ainsi des solutions adaptées aux stress actuels plutôt qu'à ceux du passé. Enfin, l'établissement d'une relation thérapeutique sécurisante permet aux individus de diminuer les comportements répétitifs et de reconnaître la réalité de leur passé, ouvrant la voie à un véritable rétablissement (Van der Kolk, 1989).

L'autonomisation à travers l'auto-soin et la psycho-éducation est également cruciale pour la réparation des liens. Les programmes développés par Jon Kabat-Zinn (1990), qui mettent l'accent sur la méditation de pleine conscience, ont montré qu'ils aident les individus à se reconnecter avec eux-mêmes et à gérer le stress plus efficacement. La pleine conscience, en favorisant une présence accrue à soi-même et aux autres, joue un rôle clé dans la reconstruction des liens.

La thérapie d'attachement et les approches systémiques visent à réparer les liens familiaux et affectifs en travaillant sur les dynamiques relationnelles. Ces thérapies, en s'appuyant sur les concepts de Bowlby (1988), cherchent à recréer des environnements de sécurité et de confiance, essentiels pour la guérison après un traumatisme. Les approches systémiques considèrent la famille comme un système interconnecté, où chaque membre influence et est influencé par les autres, ce qui rend la réparation des liens d'autant plus complexe et nécessaire.

En intégrant ces différentes perspectives théoriques et thérapeutiques, il apparaît clairement que la réparation des liens, qu'ils soient internes ou externes, est un processus complexe nécessitant une approche holistique. Les thérapies bien ciblées peuvent aider les individus à rétablir des connexions significatives avec eux-mêmes et avec les autres, favorisant ainsi un rétablissement complet après un traumatisme.

Discussion

Vivre, c'est être en relation. Que ce soit à travers l'art, la science, ou la culture, toutes nos actions visent à explorer et comprendre le monde qui nous entoure. Les relations humaines jouent un rôle central dans cette exploration, car elles définissent notre expérience du monde et de nous-mêmes. Explorer le monde à travers nos attachements nous permet de découvrir qui nous sommes vraiment. Nos relations jouent le rôle de miroir, révélant des aspects de notre identité que nous ne pourrions pas voir autrement.

Les « love languages » illustrent bien comment nos attachements influencent la manière dont nous nous connectons aux autres (Chapman, 1995). Ces « langages de l'amour » sont des outils qui montrent comment chacun exprime et reçoit l'amour différemment, en fonction de son style d'attachement. Par exemple, les individus avec un style d'attachement anxieux privilégient des formes d'expression comme les paroles d'affirmation ou le contact physique pour obtenir la réassurance qu'ils recherchent. À l'inverse, ceux avec un style d'attachement évitant préfèrent des expressions moins directes, telles que les services rendus ou le temps de qualité, qui leur permettent de maintenir une certaine distance émotionnelle tout en exprimant leur attachement.

Cette compréhension des dynamiques relationnelles devient encore plus complexe lorsqu'on considère la compatibilité apparente des styles d'attachement insécure. Par exemple, les relations entre des individus avec un style d'attachement anxieux/ambivalent et ceux avec un style évitant montrent souvent une dynamique où chaque partenaire, malgré des approches relationnelles différentes, semble répondre aux besoins émotionnels de l'autre de manière complémentaire, et surtout

sans que ce besoin soit formulé. Dans ces relations, une sorte de mécanique d'opposés qui s'attirent ou se repoussent se développe, où le partenaire anxieux poursuit le partenaire évitant, cherchant à combler ses besoins émotionnels non satisfaits, tandis que le partenaire évitant recule, renforçant ainsi l'anxiété et la dépendance de l'autre. Puis à l'inverse, le partenaire évitant recule, créant une sorte d'appel d'air, pour solliciter le partenaire anxieux. Cette dynamique crée un cycle de poursuite et d'évitement difficile à briser. Cette dynamique maintient les individus dans une relation où des formes de manipulation peuvent se développer. Les besoins émotionnels non exprimés engendrent une co-dépendance et une relation fusionnelle, où chacun perd sa capacité à être un individu à part entière. L'objectif devient alors de rester en sécurité. En effet, activer son système d'attachement, c'est aussi rechercher une sécurité, mais cela peut créer un fonctionnement en circuit fermé, alimenté par un drame perpétuel.

Il semble aussi pertinent d'explorer le lien entre l'attachement insécuré et le narcissisme. Les personnes ayant grandi dans des environnements marqués par l'abus ou la négligence peuvent être habitués à une certaine froideur émotionnelle et à un manque d'intérêt réciproque, les rendant moins aptes à reconnaître les traits narcissiques chez leurs partenaires. Il est intéressant de noter que certaines caractéristiques, telles qu'un manque de confiance en soi, peuvent être partagées par les individus ayant un attachement insécuré et ceux atteints de trouble de la personnalité narcissique. Il est d'ailleurs fascinant de constater que des entités qui semblent totalement opposées partagent un point commun si fondamental. Peut-être est-ce justement dans ce contraste qu'il est possible de trouver une façon de se voir soi-même, en découvrant son reflet à travers ce qui semble différent, voire opposé ?

Ces exemples de dynamiques relationnelles et l'observation des mécanismes qui les sous-tendent soulèvent une question essentielle : Ces mécaniques ne finissent-elles pas par supplanter le véritable lien, celui où une rencontre et un partage authentiques se déroulent entre deux individus pleinement vivants, et non survivants, et surtout pleinement consentants ?

La phénoménologie et l'existentialisme offrent des cadres précieux pour explorer ces relations complexes. En observant nos pensées, nos émotions et nos comportements sans les juger, comme le prône la phénoménologie, nous pouvons mieux comprendre comment nos expériences passées, y compris nos traumatismes et nos attachements, façonnent notre perception du monde. Cette exploration, menée en parallèle d'une quête de sens, montre que malgré les obstacles qui semblent nous diviser, nous partageons une humanité commune qui nous permet de nous comprendre et de nous connecter les uns aux autres.

Conclusion

À travers cette thèse, nous avons exploré la complexité du traumatisme et son impact profond sur le lien à soi et aux autres. Le traumatisme, qu'il soit individuel ou collectif, n'est pas seulement une expérience douloureuse, mais un processus qui peut bouleverser l'intégrité psychique, remodeler les relations interpersonnelles, et redéfinir notre compréhension de nous-mêmes et du monde qui nous entoure. En abordant le traumatisme sous différents angles théoriques, neurobiologiques et thérapeutiques, nous avons cherché à éclairer comment ce phénomène influence la manière dont nous nous lions aux autres et comment il peut également entraver ou favoriser la reconstruction de ces liens.

Nous avons d'abord défini le concept de lien sous ses diverses formes, soulignant son importance dans le développement psychique et dans la construction de l'identité. À travers la théorie de l'attachement, nous avons mis en lumière comment les premières relations, notamment avec les figures parentales, jouent un rôle crucial dans la formation des styles d'attachement, lesquels influencent profondément nos interactions futures. Nous avons par ailleurs mis en lumière, comment le traumatisme rend les individus plus vulnérables aux dynamiques relationnelles complexes. Par exemple des dynamiques relationnelles dominées par la recherche de sécurité, comme entre des partenaires anxieux et évitants, ou bien dans des relations médiées par la recherche de pouvoir et de domination.

Les approches thérapeutiques abordées dans la troisième partie de cette thèse offrent des perspectives précieuses pour la reconstruction du lien à soi et aux autres. En intégrant des interventions qui prennent en compte les dimensions émotionnelles, cognitives et relationnelles du vécu traumatique, ces thérapies visent

à aider les individus à surmonter les blessures psychiques et à retrouver une forme d'équilibre. En travaillant sur les relations, ces approches permettent de redéfinir le lien à l'autre, de restaurer la confiance en soi, et de reconstruire une identité plus résiliente et intégrée.

En conclusion, cette thèse souligne l'importance cruciale des relations humaines dans notre existence. Le traumatisme, bien qu'il puisse détruire des liens, amène aussi à s'interroger sur sa construction et son identité. C'est en travaillant sur ces relations, en comprenant les mécanismes sous-jacents, et en cherchant un sens à ces expériences, qu'une forme de liberté et d'équilibre semble pouvoir être atteinte à travers la connaissance de soi, à travers le lien à soi. Travailler sur les relations, c'est finalement travailler sur soi-même, car c'est dans le lien que se trouve la clé de notre humanité commune, et c'est en explorant ce lien que nous pouvons espérer nous épanouir pleinement.

Bibliographie

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5e éd.). Arlington, VA : American Psychiatric Publishing.

Bailey, R., Dugard, J., Smith, S. F., & Porges, S. W. (2023). Appeasement: Replacing Stockholm syndrome as a definition of a survival strategy. *Journal of Trauma & Dissociation*, **24**(2), 123-138.
<https://doi.org/10.1080/15299732.2023.2166392>

de Beauvoir, S. (1949). *Le deuxième sexe*. Paris : Gallimard.

Bowen, M. (1978). *Family Therapy in Clinical Practice*. New York : Jason Aronson.

Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss: Vol. 1. Attachment*. New York : Basic Books.

Bowlby, J. (1980). *Attachment and Loss: Vol. 3. Loss: Sadness and Depression*. New York : Basic Books.

Bowlby, J. (1988). *A Secure Base: Parent-Child Attachment and Healthy Human Development*. New York : Basic Books.

Brom, D., Stokar, Y., Lawi, C., Nuriel-Porat, V., Ziv, Y., Lerner, K., & Ross, G. (2017). Somatic Experiencing for posttraumatic stress disorder: A randomized controlled outcome study. *Journal of Traumatic Stress*, **30**(3), 304-312.
<https://doi.org/10.1002/jts.22189>

Brunet, A. (1996). Expositions récurrentes aux événements traumatiques : Inoculation ou vulnérabilité croissante ? *Santé mentale au Québec*, **21**(1), 43-58.
<https://doi.org/10.7202/032360ar>

Cermak, T. L., & Brown, S. (1982). Interactional group therapy with the adult children of alcoholics. *International Journal of Group Psychotherapy*, **32**(3), 375-389.
<https://doi.org/10.1080/00207284.1982.11492141>

Chapman, G. (1995). *The Five Love Languages: How to Express Heartfelt Commitment to Your Mate*. Chicago : Northfield Publishing.

Dolto, F. (1971). *Le cas Dominique*. Paris : Seuil.

Dutton, D. G., & Painter, S. L. (1993). Traumatic bonding: The development of emotional attachments in battered women and other relationships of intermittent abuse. *Victimology*, **6**(1-4), 139-155.

Epstein, S. (1967). The nature of anxiety: A cognitive-experiential perspective. Dans C. D. Spielberger (Éd.), *Anxiety and Behavior* (pp. 8-31). New York : Academic

Press.

Epstein, S. (1983). The integration of the cognitive and the psychodynamic unconscious. *American Psychologist*, **38**(9), 803-813.

<https://doi.org/10.1037/0003-066X.38.9.803>

Erikson, E. H. (1950). *Childhood and Society*. New York : W. W. Norton & Company.

Felman, S. (2002). *The Juridical Unconscious: Trials and Traumas in the Twentieth Century*. Cambridge, MA : Harvard University Press.

Felman, S., & Laub, D. (1992). *Testimony: Crises of Witnessing in Literature, Psychoanalysis, and History*. New York : Routledge.

Figley, C. R. (Éd.). (1985). *Trauma and Its Wake: The Study and Treatment of Post-Traumatic Stress Disorder*. New York : Brunner/Mazel.

Freud, S. (1900). *L'interprétation des rêves*. Paris : Payot.

Freud, S. (1920). *Au-delà du principe de plaisir*. Paris : Payot.

Granqvist, P., Sroufe, L. A., Dozier, M., Hesse, E., Steele, M., van IJzendoorn, M., Bakermans-Kranenburg, M., Lyons-Ruth, K., & Main, M. (2017). Disorganized attachment in infancy: A review of the phenomenon and its implications for clinicians and policy-makers. *Attachment & Human Development*, **19**(6), 534-558.

<https://doi.org/10.1080/14616734.2017.1354040>

Halbwachs, M. (1992). *La mémoire collective*. Paris : Albin Michel. (Œuvre originale publiée en 1950)

Hassan, S. (2015). *Combating Cult Mind Control: The #1 Best-Selling Guide to Protection, Rescue, and Recovery from Destructive Cults* (3e éd.). Newton, MA : Freedom of Mind Press.

Heidegger, M. (1986). *Être et Temps* (Trad. F. Vezin). Paris : Gallimard. (Œuvre originale publiée en 1927)

Herman, J. L. (1992). *Trauma and Recovery: The Aftermath of Violence—from Domestic Abuse to Political Terror*. New York : Basic Books.

Husserl, E. (1950). *Idées directrices pour une phénoménologie* (Trad. P. Ricoeur). Paris : Gallimard. (Œuvre originale publiée en 1913)

Janet, P. (1889). *L'automatisme psychologique : Essai de psychologie expérimentale sur les formes inférieures de l'activité humaine*. Paris : Félix Alcan.

Janet, P. (1903). *Les obsessions et la psychasthénie*. Paris : Félix Alcan.

- Janet, P.** (1909). *Les névroses*. Paris : Félix Alcan.
- Jung, C. G.** (1960). *The Structure and Dynamics of the Psyche* (Collected Works of C. G. Jung, Vol. 8). Princeton, NJ : Princeton University Press.
- Kabat-Zinn, J.** (1990). *Full Catastrophe Living: Using the Wisdom of Your Body and Mind to Face Stress, Pain, and Illness*. New York : Delacorte.
- Kabat-Zinn, J.** (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, **10**(2), 144-156.
<https://doi.org/10.1093/clipsy.bpg016>
- Klein, M.** (1946). Notes on some schizoid mechanisms. *International Journal of Psycho-Analysis*, **27**, 99-110.
- Laplanche, J.** (1987). *Nouveaux fondements pour la psychanalyse*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Laplanche, J.** (1999). *Essays on Otherness* (J. Fletcher, Trad.). London : Routledge.
- Leitch, M. L.** (2007). Somatic experiencing treatment with social service workers following Hurricanes Katrina and Rita. *Social Work*, **52**(1), 9-18.
<https://doi.org/10.1093/sw/52.1.9>
- Levi, P.** (1987). *Si c'est un homme* (Trad. M. Aymard). Paris : Julliard. (Œuvre originale publiée en 1947)
- Levi, P.** (1989). *Les naufragés et les rescapés* (Trad. D. Maraninchi). Paris : Gallimard. (Œuvre originale publiée en 1986)
- Levinas, E.** (1961). *Totalité et Infini*. La Haye : Martinus Nijhoff.
- Levine, P. A.** (1997). *Waking the Tiger: Healing Trauma*. Berkeley, CA : North Atlantic Books.
- Levine, P. A.** (2010). *In an Unspoken Voice: How the Body Releases Trauma and Restores Goodness*. Berkeley, CA : North Atlantic Books.
- Lifton, R. J.** (1986). *The Nazi Doctors: Medical Killing and the Psychology of Genocide*. New York : Basic Books.
- Main, M., & Solomon, J.** (1986). Discovery of an insecure-disorganized/disoriented attachment pattern: Procedures, findings, and implications for the classification of behavior. Dans M. Yogman & T. B. Brazelton (Éds.), *Affective Development in Infancy* (pp. 95-124). Norwood, NJ : Ablex Publishing.
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R.** (2003). The attachment behavioral system in

adulthood: Activation, psychodynamics, and interpersonal processes. Dans M. P. Zanna (Éd.), *Advances in Experimental Social Psychology* (Vol. 35, pp. 53-152). New York : Academic Press. [https://doi.org/10.1016/S0065-2601\(03\)01002-5](https://doi.org/10.1016/S0065-2601(03)01002-5)

Namnyak, M., Tufton, N., Szekely, R., Toal, M., Worboys, S., & Sampson, E. L. (2008). «Stockholm syndrome»: Psychiatric diagnosis or urban myth? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, **117**(1), 4-11. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2007.01112.x>

Organisation mondiale de la Santé. (2019). *CIM-11 : Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes* (11e révision). Genève : OMS.

Overmier, J. B., & Seligman, M. E. P. (1967). Effects of inescapable shock upon subsequent escape and avoidance learning. *Journal of Comparative and Physiological Psychology*, **63**(1), 28-33. <https://doi.org/10.1037/h0024166>

Payne, P., Levine, P. A., & Crane-Godreau, M. A. (2015). Somatic experiencing: Using interoception and proprioception as core elements of trauma therapy. *Frontiers in Psychology*, **6**, 93. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.00093>

Porges, S. W. (2021). Polyvagal theory: A biobehavioral journey to sociality. *Comprehensive Psychoneuroendocrinology*, **7**, 100069. <https://doi.org/10.1016/j.cpnec.2021.100069>

Racamier, P.-C. (1980). *Le travail du négatif*. Paris : Payot.

Racamier, P.-C. (1992a). Le géosociogramme. Dans P.-C. Racamier, *Les schizophrènes* (pp. 75-92). Paris : Presses Universitaires de France.

Racamier, P.-C. (1992b). *Les schizophrènes*. Paris : Presses Universitaires de France.

Racamier, P.-C. (1992c). *Les perversions narcissiques*. Paris : Payot.

Racamier, P.-C. (1995a). *L'inceste et l'incestuel*. Paris : Dunod.

Racamier, P.-C. (1995b, 6 avril). Décervelage et perversions dans les institutions. Conférence présentée lors du cycle *Perversion et Société*, Lausanne, Suisse.

Ricœur, P. (1990). *Soi-même comme un autre*. Paris : Seuil.

Russell, D. E. H. (1986). *The Secret Trauma: Incest in the Lives of Girls and Women*. New York : Basic Books.

Sartre, J.-P. (1944). *Huis clos*. Paris : Gallimard.

Schore, A. N. (1994). *Affect Regulation and the Origin of the Self: The Neurobiology of Emotional Development*. Hillsdale, NJ : Lawrence Erlbaum Associates.

Schore, A. N. (2001). The effects of early relational trauma on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Mental Health Journal*, **22**(1-2), 201-269.

[https://doi.org/10.1002/1097-0355\(200101/04\)22:1<201::AID-IMHJ8>3.0.CO;2-9](https://doi.org/10.1002/1097-0355(200101/04)22:1<201::AID-IMHJ8>3.0.CO;2-9)

Schore, A. N. (2009). Attachment trauma and the developing right brain: Origins of pathological dissociation. Dans D. Fosha, D. J. Siegel, & M. F. Solomon (Éds.), *The Healing Power of Emotion: Affective Neuroscience, Development & Clinical Practice* (pp. 107-144). New York : W. W. Norton & Company.

Seligman, M. E. P. (1975). *Helplessness: On Depression, Development, and Death*. San Francisco : W. H. Freeman.

Seligman, M. E. P., & Maier, S. F. (1967). Failure to escape traumatic shock. *Journal of Experimental Psychology*, **74**(1), 1-9. <https://doi.org/10.1037/h0024514>

Shapiro, F., Maxfield, L., & Solomon, R. M. (2007). EMDR therapy: An overview of current and future research. *Journal of EMDR Practice and Research*, **1**(1), 6-14. <https://doi.org/10.1891/1933-3196.1.1.6>

Skinner, B. F. (1953). *Science and Human Behavior*. New York : Macmillan.

Smelser, N. J. (2004). Psychological trauma and cultural trauma. Dans J. C. Alexander, R. Eyerman, B. Giesen, N. J. Smelser, & P. Sztompka (Éds.), *Cultural Trauma and Collective Identity* (pp. 31-59). Berkeley, CA : University of California Press.

van der Kolk, B. A. (1989). The compulsion to repeat the trauma: Re-enactment, revictimization, and masochism. *Psychiatric Clinics of North America*, **12**(2), 389-411. [https://doi.org/10.1016/S0193-953X\(18\)30302-8](https://doi.org/10.1016/S0193-953X(18)30302-8)

van der Kolk, B. A. (2014). *The Body Keeps the Score: Brain, Mind, and Body in the Healing of Trauma*. New York : Viking.

van der Kolk, B. A., & Fisler, R. (1995). Dissociation and the fragmentary nature of traumatic memories: Overview and exploratory study. *Journal of Traumatic Stress*, **8**(4), 505-525. <https://doi.org/10.1002/jts.2490080402>

van der Kolk, B. A., McFarlane, A. C., & Weisaeth, L. (Éds.). (1996). *Traumatic Stress: The Effects of Overwhelming Experience on Mind, Body, and Society*. New York : Guilford Press.

van der Kolk, B. A., Greenberg, M. S., Boyd, H., & Krystal, J. H. (1985). Inescapable shock, neurotransmitters, and addiction to trauma: Toward a

psychobiology of post traumatic stress. *Biological Psychiatry*, **20**(3), 314-325.
[https://doi.org/10.1016/0006-3223\(85\)90061-7](https://doi.org/10.1016/0006-3223(85)90061-7)

Vargas-Fernández, R., Visconti-Lopez, F. J., & Hernández-Vásquez, A. (2022). Physical abuse in childhood and intimate partner violence in Peruvian women: A population-based survey. *Preventive Medicine*, **156**, 107278.
<https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2022.107278>

Walker, L. E. (1984). *The Battered Woman Syndrome*. New York : Springer.

Weinberg, I., & Ronningstam, E. (2022). Narcissistic personality disorder: Progress in understanding and treatment. *Focus*, **20**(4), 368-377.
<https://doi.org/10.1176/appi.focus.20210065>

Winnicott, D. W. (1965). *The Maturation Processes and the Facilitating Environment*. New York : International Universities Press.

Winter, J.-P. (2008). *L'avenir du père*. Paris : Albin Michel.

Yehuda, R., Daskalakis, N. P., Bierer, L. M., Bader, H. N., Klengel, T., Holsboer, F., & Binder, E. B. (2016). Holocaust exposure induced intergenerational effects on FKBP5 methylation. *Biological Psychiatry*, **80**(5), 372-380.
<https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2015.08.005>

AUTEURE : Nom : Kaplan

Prénom : Ekaterina

Date de soutenance : 7 Octobre 2024

Titre de la thèse : Le trauma qui lèse, le trauma qui lie : comment le trauma prend-il la place du lien ?

Thèse - Médecine - Lille 2024

Cadre de classement : Psychiatrie

DES + FST/option : Option Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent

Mots-clés : lien, traumatisme, théorie de l'attachement, neurobiologie de l'attachement, réparation, relations

Résumé : *Cette thèse explore les interactions complexes entre les notions de lien et de traumatisme. En partant de l'idée que le traumatisme est une notion omniprésente dans nos vies individuelles et collectives, ce travail examine la manière dont les expériences traumatiques influencent les relations humaines, qu'elles soient interpersonnelles ou intra-psychiques. Le traumatisme, en tant que phénomène à la fois intime et social, soulève des questions fondamentales sur le sens de nos vies et la construction de notre identité.*

L'objectif de cette recherche est de comprendre comment le traumatisme, en perturbant les liens, peut aussi les transformer. A travers une analyse théorique et clinique, la thèse aborde les différentes façons dont les individus, confrontés à des événements traumatiques, réagissent et s'adaptent.

La thèse est structurée en trois parties. La première partie aborde les bases théoriques en définissant le lien et le traumatisme, et comment ces notions peuvent interagir dans des trajectoires développementales complexes. La deuxième partie examine l'impact du traumatisme sur les relations à l'âge adulte, en analysant notamment les dynamiques relationnelles et comment le traumatisme peut s'y révéler. Enfin, la troisième partie explore la notion de réparation du lien, tant dans la relation à soi que dans la relation à l'autre, notamment à travers diverses approches thérapeutiques.

Composition du Jury :

Président : Pr François Medjkane

Assesseur : Dr Marion Hendrickx

Directeur de thèse : Dr Claire Rascle