



## Quelles sont les stratégies de survie ?

### Les stratégies de survie : conduites d'évitement et conduites à risques dissociantes

Tant que la victime est en contact avec l'agresseur, elle reste dissociée et soumise. Et comme nous l'avons vu, elle semble tolérer l'intolérable et ne pas en être traumatisée. Elle peut mettre en place des stratégies d'évitement pour éviter les violences et de contrôle pour éviter tout ce qui peut énerver ou frustrer l'agresseur. Ces conduites d'évitement, d'auto-censure sur l'habillement, les sorties ou les fréquentations, et ces conduites de contrôle sur la vie familiale ou les dépenses par exemple, sont le plus souvent directement imposées par l'agresseur, sous la forme d'un contrôle coercitif.

Quand la victime n'est plus directement exposée à l'agresseur et au contexte des violences ou quand elle est enfin protégée, elle sort de son état dissociatif. Elle sort de son état de choc traumatique et récupère ses émotions, elle va donc mieux. Mais paradoxalement, elle paraît aller beaucoup plus mal car les activations de sa mémoire traumatique ne sont plus anesthésiées. C'est à ce moment-là qu'elle semble décompenser, lors de liens réactivant sa mémoire traumatique avec de grandes angoisses, des attaques de panique. Elle vit en permanence dans la peur et dans les plus graves souffrances. Si sa mémoire traumatique n'est pas identifiée et soignée, c'est un enfer.

Si la victime réussit à fuir le domicile familial ou conjugal violent et qu'elle n'est ni prise en charge, ni informée de cette levée d'anesthésie, elle peut penser qu'elle va plus mal depuis qu'elle a quitté son agresseur, qu'elle est incapable de vivre sans lui, qu'elle devient folle, comme souvent il le lui a dit. Elle peut retourner vivre avec lui, ce qui la dissociera à nouveau. Anesthésiée émotionnellement, elle ne ressentira plus les activations de sa mémoire traumatique. Pour l'entourage et les proches qui méconnaissent les mécanismes psychotraumatiques, ce comportement de la victime, qui retourne parfois plusieurs fois vers l'agresseur, est très mal vécu et est reproché à la victime.

Si la victime reste à distance de l'agresseur et du contexte des agressions, face aux activations de sa mémoire traumatique, elle est condamnée à mettre en place des stratégies de survie très handicapantes et épuisantes, et qui lui seront également souvent reprochées. Ces stratégies de survie sont de deux sortes : d'un côté des conduites d'évitement et de contrôle accompagnées d'une hypervigilance constante pour éviter les allumages de la mémoire traumatique, de l'autre des conduites à risque dissociantes qui seront anesthésiantes et permettront de ne plus ressentir les émotions liées aux événements traumatiques.

### L'hypervigilance et les conduites d'évitement et de contrôle

Pour éviter les déclenchements effrayants de sa mémoire traumatique, la victime va mettre en place une hypervigilance et des conduites de contrôle et d'évitement vis-à-vis de tout ce qui est susceptible de la faire « exploser ». Elle va ainsi contrôler de nombreux secteurs de sa vie, particulièrement de sa vie personnelle, affective et sexuelle. Elle peut développer des phobies de personnes, d'animaux, de lieux où elles se sentent prisonnières, du noir, d'aliments, de contamination, par rapport à la saleté, à certaines odeurs, par rapport à certains contacts, à des contacts et pratiques sexuelles. Certaines victimes développent des troubles obsessionnels compulsifs comme des lavages répétés ou des vérifications incessantes, des angoisses de séparation, et une intolérance au stress avec un évitement des situations stressantes comme parler en public, passer un examen, rencontrer de nouvelles personnes.

Ces comportements sont toujours en rapport avec les violences subies et leur contexte, ainsi qu'à l'agresseur et ses caractéristiques.

La victime va fréquemment se créer un petit monde sécurisé parallèle, souvent régressif, où elle se sentira en sécurité. Cela peut être un monde physique en restant auprès d'une personne protectrice dont elle ne voudra pas se séparer, auprès d'un animal ou dans des espaces où elle se sentira en sécurité.

Cela peut aussi être un monde mental, un monde parallèle, où elle se réfugie continuellement. Tout changement sera perçu comme menaçant car mettant en péril les repères mis en place. La victime adoptera alors des conduites d'hypervigilance pour surveiller continuellement son environnement avec une sensation de danger permanent, un état d'alerte, une hyperactivité, un état de stress chronique, une irritabilité et des troubles de l'attention.

Ces conduites d'évitement, de contrôle et d'hypervigilance sont épuisantes et envahissantes, elles isolent les victimes et entraînent pour elles des douleurs et une fatigue chronique ainsi que d'importants troubles cognitifs. Elles ont un coût social et personnel important.

## Les conduites à risque dissociantes

Dans certaines situations inconnues ou stressantes, des stimuli imprévus rappelant le traumatisme, vont activer la mémoire traumatique de la victime. Elle revit alors une sensation de mort imminente avec une angoisse et un stress extrême impossibles à calmer. Le plus souvent, aucun lien n'est fait avec l'événement traumatique qui a été souvent oublié ou banalisé en raison de la dissociation et de l'anesthésie affective. Si une disjonction spontanée ne se fait pas, la victime va rechercher coûte que coûte à trouver des solutions pour ne plus ressentir cet état atroce, en recréant elle-même l'état de dissociation pour s'anesthésier émotionnellement. La victime expérimente assez vite l'efficacité de produits anesthésiants et dissociants tels que l'alcool, les drogues ou le tabac, ainsi que le fait de se faire mal et de se mettre en danger. Ces solutions de secours, conduites addictives et mises en danger, sont des conduites à risque dissociantes.

Ces conduites à risque servent à s'anesthésier directement en consommant des drogues dissociantes ou à provoquer « à tout prix » une disjonction pour éteindre de force la réponse émotionnelle. Ceci permet d'anesthésier et de calmer ainsi l'état de tension intolérable ou de prévenir sa survenue. Cette disjonction provoquée se fait en créant une situation de stress physique ou mental très élevée qui augmente la quantité de drogues dissociantes sécrétées par l'organisme.

Ce sont des solutions efficaces transitoirement sur la souffrance. Leur capacité à déclencher la disjonction de sauvegarde, qui va déconnecter les réponses émotionnelles et donc créer une anesthésie émotionnelle, un soulagement et un état dissociatif.

Elles sont traumatisantes et rechargent la mémoire traumatique, la rendant toujours plus explosive, et rendant les conduites dissociantes toujours plus nécessaires, créant une véritable addiction aux mises en danger, aux conduites extrêmes et/ou à la violence. Ces conduites dissociantes sont à l'origine, chez les victimes, de sentiments de culpabilité et d'une grande solitude, qui les rendent encore plus vulnérables. Elles peuvent entraîner un état dissociatif permanent, comme lors des violences, avec la mise en place d'un détachement et d'une indifférence apparente et d'une tolérance à la souffrance et aux situations dangereuses qui les mettent en danger, et à risque d'être encore moins secourues, d'être ignorées et maltraitées.

Parmi les conduites à risques dissociantes, on peut citer les conduites addictives par la consommation d'alcool, de drogues, de médicaments à hautes doses, mais aussi les troubles alimentaires, et les jeux addictifs. On trouve également des mises en danger avec des violences exercées contre soi par des coups, des morsures, des brûlures, des strangulations ou des automutilations. Il peut y avoir aussi des violences exercées contre autrui, l'autre servant alors de

fusible grâce à l'imposition d'un rapport de force pour disjoncter et s'anesthésier.

Certaines victimes préféreront des expositions à des situations extrêmes sur le plan physique ou mental : conduites routières dangereuses, conduites anorexiques, jeux dangereux, dépenses inconsidérées, sports extrêmes, conduites sexuelles à risques, situations prostitutionnelles, fugues, fréquentations dangereuses mais aussi des troubles alimentaires ou des conduites délinquantes.

Ces conduites dissociantes sont très dangereuses pour la sécurité et la santé des victimes qui y ont recours. Le premier facteur de risque d'être alcoolique, toxicomane ou d'avoir des conduites à risque est d'avoir subi des violences, d'autant plus s'il s'agit de violences sexuelles.

Du fait de ces conduites dissociantes à risque, laisser des victimes de violences, traumatisées, sans informations sur les psychotraumatismes ou sans soin, est un facteur de risque qu'elles subissent de nouvelles violences ou qu'elles en reproduisent de proche en proche et de génération en génération, alimentant sans fin un cycle des violences comme montré par l'étude de Fulu en 2017.

En attendant que les soins psychothérapeutiques soient efficaces, il est essentiel de protéger les victimes et de privilégier les conduites d'évitement, d'éviter les médicaments dissociants et les méthodes thérapeutiques qui le sont également comme par exemple l'enfermement, la contention ou les électro-chocs.

## Deux manières de recréer la déconnexion

Ces solutions de secours à l'origine de conduites à risque et de conduites addictives sont dangereuses pour la sécurité des victimes ou celle d'autrui, et pour leur santé. Elles aggravent la mémoire traumatique qui est sans cesse « rechargée ». Cliquez sur les onglets pour approfondir ces deux mécanismes.

Si le niveau de stress n'est pas assez élevé pour que le circuit disjoncte spontanément, il suffit de faire monter le niveau de stress par des mises en danger et des conduites à risque. Celles-ci sont d'autant plus efficaces qu'elles reproduisent la violence du traumatisme initial. Elles peuvent s'appliquer sur soi par des automutilations, des mises en danger, des jeux dangereux ou des sports extrêmes par exemple. Elles peuvent aussi s'appliquer sur autrui en étant violent. L'objectif est de faire disjoncter le cerveau qui produit alors un cocktail de drogues dissociantes (qui s'apparente à un cocktail morphine et kétamine), de s'anesthésier et ne plus ressentir la mémoire traumatique et son cortège de souffrances et de terreurs. Pour une victime qui revit l'horreur des violences, il n'y a pas de comparaison entre subir en étant totalement impuissant cet allumage de mémoire traumatique, et créer une situation de stress extrême, aussi dangereuse soit-elle.

Ces mises en danger et conduites à risque sont dangereuses et génèrent une addiction et des phénomènes de tolérance qui font que les mises en danger doivent être de plus en plus violentes pour continuer à provoquer une disjonction (il faut augmenter le taux du cocktail morphine-kétamine). Il est essentiel de protéger les victimes et de traiter leur mémoire traumatique pour qu'elles n'y aient plus recours.

On appelle « drogue » toute substance qui modifie la manière de percevoir les choses, de ressentir les émotions, de penser et de se comporter.

L'effet dissociant et d'anesthésie émotionnelle peut être directement obtenu par des drogues licites telles que l'alcool, le tabac et certains médicaments psychotropes. Cela peut également être obtenu par des drogues illicites tels que le cannabis, l'héroïne, la MDMA et la cocaïne qui produisent directement l'effet de la déconnexion de sauvegarde du cerveau.

Les psychostimulants, tels que les amphétamines, ont également un effet dissociant par le stress

extrême qu'ils produisent et qui peut déclencher une déconnexion.

L'objectif de la consommation de drogues est d'échapper aux réactivations de la mémoire traumatique. La drogue est utilisée comme un anesthésiant des pensées, des sentiments, des émotions, de la souffrance.

Ces produits entraînent une dépendance physique et/ou psychologique. Ils sont, dans l'ensemble, toxiques pour la santé, et représentent un risque d'accident, de subir à nouveau des violences ou de délinquance pour certaines.

## **Quelques situations de conduites dissociantes rencontrées**

Fréquemment des enfants, filles ou garçons, qui ont subi des violences sexuelles, vont avoir une mémoire traumatique réactivée aussitôt qu'une sensation au niveau des zones qui ont été agressées peut rappeler les violences : frottement, picotement, gonflement ou douleur lié à des habits qui serrent ou grattent, une irritation ou à une infection, règles, goût dans la bouche, ... C'est alors intolérable et il faut interrompre coûte que coûte cette sensation et éteindre les émotions atroces qui l'accompagnent en attaquant et en anesthésiant cette zone. Il peut s'agir d'alcool très fort pour la bouche ou d'une absorption boulimique, d'une douche brûlante sur la peau, de coups, d'auto-flagellations, de scarifications, d'une masturbation violente compulsive ou d'automutilation des organes génitaux qui aboutissent à une disjonction et à une anesthésie à la fois émotionnelle et physique de la zone. La masturbation des enfants peut être une manifestation de la mémoire traumatique (reproduction de ce que l'enfant a subi) ou bien une conduite dissociante.

Les conduites dissociantes, aussi étranges, inconnues et incompréhensibles qu'elles puissent paraître, ont toujours une cause traumatique qu'il s'agit de rechercher : les circonstances, le contexte et le choix des conduites dissociantes a une cohérence, il faut faire des liens qui permettent de les comprendre. Il est primordial de ne pas les « expliquer » par le handicap, la crise d'adolescence, des troubles du caractère, des frustrations...