

Dr EMMANUEL CONTAMIN

GUÉRIR DE SON PASSÉ avec **l'EMDR** et des **outils d'autosoins**



Odile
Jacob

GUÉRIR DE SON PASSÉ

avec l'EMDR
et des outils
d'autosoin

« J'étais déjà psychiatre depuis près de vingt ans quand j'ai découvert l'EMDR. Cela a été un changement profond dans ma pratique de psychiatre et de psychothérapeute. »

Dans ce livre, le docteur Contamin raconte, à partir de nombreux exemples, comment cette technique étonnante permet, par son action sur le cerveau et la mémoire, de guérir les traumatismes, les blessures du passé et les émotions qui leur sont liées.

Il montre la profonde cohérence entre ce qui est bon pour notre cerveau, notre corps, nos relations, nos liens sociaux et notre environnement, et l'importance de réguler nos émotions. C'est tout le pari de ce livre qui propose des outils concrets d'autosoin à mettre en pratique pour développer et renforcer nos ressources internes.

Une nouvelle approche qui a pour but de réunifier le corps, les émotions et les pensées.

Pour prendre soin de soi, de ses proches, de ses relations aux autres et de « notre maison commune ».

Dr EMMANUEL
CONTAMIN

Le docteur Emmanuel Contamin est psychiatre, pédopsychiatre et superviseur EMDR-Europe.

8609192

ISBN 978-2-7381-3530-8



9 782738 135308

23,90 €

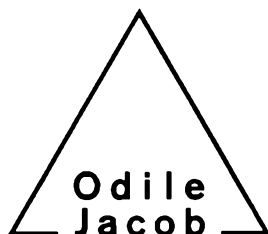
www.odilejacob.fr

En couverture : © Laurence Folie/Leemage.

Dr Emmanuel Contamin

Guérir de son passé

avec l'EMDR et des outils d'autosoin



© ODILE JACOB, FÉVRIER 2017
15, RUE SOUFFLOT, 75005 PARIS

www.odilejacob.fr

ISBN : 978-2-7381-3530-8

Le Code de la propriété intellectuelle n'autorisant, aux termes de l'article L. 122-5, 2° et 3°, d'une part, que les « copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective » et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration, « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite » (art. L. 122-4). Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

*À ma famille, en particulier mes enfants
Raphaël, Antoine et Lauriane,
et ma petite-fille Gabrielle :
c'est en pensant à vos générations
que j'ai écrit ce livre.*

À mes patients, qui m'honorent de leur confiance.

« Comme jamais auparavant dans l'histoire, notre destin commun nous invite à chercher un nouveau commencement [...].

Cet engagement requiert un changement de nos cœurs et de nos esprits. Il requiert également un sens nouveau d'interdépendance et de responsabilité universelle [...]. Faisons en sorte que notre époque soit reconnue dans l'histoire comme celle de l'éveil d'une nouvelle forme d'hommage à la vie, d'une ferme résolution d'atteindre la durabilité, de l'accélération de la lutte pour la justice et la paix, et de l'heureuse célébration de la vie. »

Charte de la Terre, La Haye, 2000.

Introduction

J'étais déjà psychiatre depuis près de vingt ans quand j'ai découvert l'EMDR en 2005. J'avais commencé mon internat par la pédiatrie, puis j'ai eu un véritable « coup de cœur » pour la pédopsychiatrie : j'y ai apprécié en particulier la prise en compte de l'enfant dans toutes ses relations, et la perspective de son devenir à long terme, au-delà du seul traitement des symptômes. Cependant j'ai été frappé, au cours de ma formation, par les différences et même les antagonismes idéologiques entre les psychanalystes, les comportementalistes, les systémiciens, et ceux qui utilisaient les médicaments facilement ou au contraire « du bout des doigts », etc. En réalité, sur le terrain, les pratiques n'étaient pas aussi différentes que les théories ! J'avais choisi de me former à différentes approches psychothérapiques et de les adapter en fonction des besoins des patients et des familles, sans m'embrigader dans une école de pensée. Quand j'ai rencontré l'EMDR, je n'étais donc pas un jeune psychiatre prompt à s'emballer pour la dernière nouveauté, mais j'ai eu le sentiment que s'offrait à moi un moyen d'action vraiment nouveau, très efficace et très gratifiant à mettre en œuvre. Ma pratique en a été complètement renouvelée. J'ai parfois – et même souvent – eu l'impression d'être un « chirurgien de l'âme » (comme disait Freud), de rejoindre mes patients précisément au cœur de leurs blessures, et d'être accompagnateur et témoin de magnifiques processus de guérison.

comme reliés en wi-fi, grâce à nos neurones miroirs. La psychologie a développé des approches systémiques, qui travaillent sur les liens relationnels qui nous constituent, donnent saveur à notre vie, et sont parfois la raison de grandes souffrances. Nous ne pouvons imaginer un développement personnel indépendant de nos relations sociales ! Cette perspective systémique, qui me paraît incontournable, m'a conduit à élargir mon propos, dans le dernier chapitre de cet ouvrage, à des enjeux plus globaux pour prendre soin de nos liens et de notre maison commune.

Au fil des chapitres, nous décrivons donc l'écosystème du cerveau à un niveau physiologique, émotionnel, relationnel, social, et enfin dans l'écosystème global de l'humanité et de la planète Terre. J'espère que vous serez frappés, comme je le suis moi-même, par la profonde cohérence entre ce qui est bon pour notre cerveau, notre corps, nos relations proches, nos liens sociaux et notre environnement. J'espère aussi que ce livre vous aidera, à sa mesure, à renforcer votre espérance, votre motivation, et vous donnera des outils pour « changer vos cœurs et vos esprits » et vous engager dans le « changement de paradigme » dont notre monde a tant besoin !

CHAPITRE 1

Comment l'EMDR a bouleversé ma pratique de médecin psychiatre

« Mon premier mouvement est de trouver quelque chose à aimer, quelque chose qui m'inspire, quelque chose d'héroïque, quelque chose que je puisse reconnaître comme le cadeau et le fardeau de la condition humaine, la douleur et la grâce qui se trouvent en chaque personne rencontrée¹. »

La découverte de l'EMDR

C'est en lisant le livre de David Servan-Schreiber *Guérir* que mon intérêt a été éveillé. Je suis de formation scientifique, plutôt allergique aux approches « alternatives », et j'ai trouvé dans son travail un souci de validation scientifique et des références sérieuses qui m'ont convaincu. J'avais quelques préjugés, mais j'ai eu la curiosité d'aller l'écouter quand il a présenté l'EMDR lors de l'inauguration d'une clinique près de Lyon. Nous avons découvert un extrait filmé de séance (avec une femme victime de violences conjugales) qui m'a littéralement « scotché ». J'ai donc voulu en savoir davantage et ai fait intervenir, lors d'une soirée de formation continue des psychiatres libéraux du Rhône, Josette Tardy, psychologue et superviseuse EMDR, qui nous a présenté plus longuement l'EMDR.

J'ai alors décidé de me former à cette technique, et j'ai apprécié en David, dont je ne connaissais pas alors la maladie, un formateur de grande qualité, un conférencier exceptionnel, ainsi qu'un homme sensible et simple. Je lui suis très reconnaissant d'avoir tant fait pour le développement, la validation scientifique, et la reconnaissance médiatique de l'EMDR en France, en fondant, avec mes collègues et amis Jacques Roques² et Michel Silvestre³, l'association EMDR France⁴.

EMDR signifie *Eye Movement Desensitization and Reprocessing*, c'est-à-dire « désensibilisation et retraitement (des souvenirs traumatiques) par les mouvements oculaires ». Francine Shapiro, psychologue californienne, a découvert cette méthode en 1987⁵.

C'est en cherchant des méthodes pour diminuer le stress dû à un cancer, et en même temps un sujet pour son doctorat de psychologie, qu'elle a réalisé l'importance des mouvements oculaires. Un jour, alors qu'elle se promenait dans un parc, elle s'est rendu compte que les pensées perturbantes qui l'agitaient avaient disparu ; quand elle y repensait, ces pensées n'étaient plus aussi chargées d'émotion, et elles ne tournaient plus « en boucle » comme d'habitude dans son esprit. Elle a cherché ce qui avait pu produire ce changement, et a remarqué qu'elle avait fait juste avant des mouvements rapides de va-et-vient des yeux (la légende raconte qu'elle observait un écureuil). Après avoir testé à nouveau cette procédure sur elle-même puis sur des proches, en se concentrant sur des perturbations émotionnelles du quotidien, Francine Shapiro a élaboré un protocole structuré : et elle a conduit une première étude pilote⁶, avec 22 personnes ayant eu des souvenirs traumatiques de viols, de violences, ou de la guerre du Vietnam, qui a été concluante.

Dans quels cas la thérapie EMDR peut-elle être efficace ?

L'EMDR est efficace sur tous les troubles liés à un traumatisme psychologique. En dehors des situations où des facteurs génétiques ou organiques sont prépondérants, nos souffrances psychologiques ont deux causes essentielles : notre histoire précoce, avec les blessures ou traumas d'attachement qui peuvent marquer notre façon d'être au monde (par exemple, un enfant négligé ou maltraité pourra à l'âge adulte continuer à se sentir coupable, mauvais ou sans valeur, souffrir de dépression et répéter des situations d'échecs affectifs ou professionnels) ; et les traumas que nous avons pu vivre ensuite. L'EMDR peut ainsi vous aider pour un syndrome de stress post-traumatique typique, mais aussi pour des troubles anxieux (cauchemars, phobies, attaques de panique, certains troubles obsessionnels) ; pour des deuils compliqués, certaines dépressions liées à des expériences de pertes non digérées ; pour certaines douleurs chroniques (par exemple douleurs génitales ou anesthésie suite à des abus sexuels, ou douleurs d'un membre fantôme après amputation) ; et enfin pour des stress post-traumatiques complexes (voir p. 65), avec des symptômes multiples (personnalité limite, troubles du comportement, impulsivité, boulimie, addictions, difficultés à contrôler ses émotions, problèmes relationnels récurrents, etc.).

La recherche la plus importante soulignant l'impact des expériences défavorables dans l'enfance sur les problèmes de santé tant physiques que mentaux est l'étude ACE (*Adverse Childhood Experiences*)⁷. Cette étude, menée sur plus de 17 000 adultes, a trouvé une relation forte et proportionnelle entre le niveau d'exposition à des violences ou à un dysfonctionnement familial grave dans l'enfance, et de multiples facteurs de risque de mortalité chez les adultes (tabagisme, alcoolisme, toxicomanie, obésité, manque d'activité physique, tentatives de suicide, promiscuité sexuelle, maladies physiques chroniques).

Chaque année aux États-Unis, environ 3 millions d'enfants sont victimes de maltraitance ou de négligence⁸. Plus de la moitié des personnes hospitalisées en psychiatrie ont été agressées, abandonnées, négligées ou violées en tant qu'enfants, ou ont été témoin de violences domestiques⁹. Identifier les expériences de vie douloureuses qui contribuent au développement des symptômes présents, et retraiter ces souvenirs traumatiques avec l'EMDR, peut contribuer de manière significative à un traitement efficace¹⁰.

Et cela d'autant plus que nous assistons à une inflation des prescriptions de médicaments psychotropes, qui ont un impact diffus sur l'ensemble du cerveau et des effets secondaires importants : aux États-Unis, 10 % des enfants âgés de plus de 6 ans prennent un antidépresseur¹¹, 10 % des garçons de 10 ans prennent un psychostimulant pour troubles de l'attention avec hyperactivité, et les neuroleptiques ont remplacé les hypocholestérolémiants en tête des ventes de médicaments¹². En France, les psychotropes se situent au deuxième rang après les antalgiques pour le nombre d'unités vendues¹³. Et les conflits d'intérêts entre les médecins et l'industrie pharmaceutique sont de plus en plus dénoncés¹⁴.

L'EMDR renforce les ressources du patient et réorganise les traces des traumatismes dans son cerveau pour qu'elles n'entraînent plus de symptômes perturbants. Ce modèle est beaucoup plus pertinent et permet d'accélérer le traitement.

Les syndromes de stress post-traumatiques typiques

C'est avec ces patients que je me suis lancé, dans ces situations où les médicaments, comme la thérapie « classique », essentiellement verbale, sont peu efficaces. En effet, trouver les mots (pour reconstruire une identité narrative intégrant le trauma) ne suffit pas le plus souvent à changer les réponses physiologiques et corporelles automatiques. Pour que le changement soit réel, le corps et le cerveau

émotionnel doivent intégrer que le danger est passé. Après cela, il est très beau d'observer que les pensées sur soi, qui avaient été altérées par le trauma, se réorganisent positivement d'elles-mêmes. Avec l'EMDR, les patients guérissent et le thérapeute a l'impression d'obtenir un effet quasi chirurgical sur le cerveau ! « C'est comme si, en même temps que je bouge les yeux, un essuie-glace effaçait les mauvais souvenirs », « Pendant que je bouge les yeux, je sens comme des petits canaux qui se débouchent à l'avant du cerveau », rapportent étonnamment certains patients.

L'accident

Trois mois après un accident de voiture, Karima¹⁵, 20 ans, faisait toutes les nuits des cauchemars où elle revoyait à travers le pare-brise l'arbre, contre lequel elle s'était écrasée, se précipiter sur elle.

Lors de la première séance d'EMDR, je confirme le diagnostic d'état de stress post-traumatique, je lui explique la méthode et je renforce sa base de sécurité émotionnelle (chapitre 6, « Le lieu sûr », p. 166), en la guidant dans des mouvements oculaires lents de droite à gauche.

Deux séances suffiront ensuite pour la traiter : nous commençons par focaliser l'attention de Karima sur le souvenir traumatique, puis nous alternons des séquences de mouvements oculaires rapides – où elle observe simplement toutes les associations qui viennent dans son esprit – et des séquences où elle me dit brièvement où elle en est. Dans cette « thérapie en accéléré », elle voit la scène de l'accident se dérouler comme dans un film, ses émotions montent puis s'apaisent peu à peu, de même que ses battements de cœur et sa boule dans la gorge ; une fausse culpabilité se dissout ; Karima fait des associations très intéressantes à partir de ses représentations personnelles sur la mort, le sens de la vie, ses relations essentielles ; peu à peu cela redevient un souvenir certes désagréable mais banal.

Lors de la quatrième et dernière séance, elle me dit que tous les symptômes ont disparu.

Pénélope, 5 ans

Pénélope, bientôt 5 ans, a été renversée par une moto il y a trois mois. Elle n'a pas de séquelles physiques, mais la petite fille est terrorisée par la circulation et les bruits de moteurs ; elle fait des cauchemars, est en permanence sur le qui-vive, cramponnée à sa mère, et a peur d'aller à l'école. Il suffira de deux séances, où je fais des tapotements alternés sur ses mains pendant qu'elle est assise sur les genoux de sa mère, pour installer un lieu sûr imaginaire, désensibiliser le souvenir de l'accident, de ses suites médicales, puis les peurs secondaires des bruits de moteur. À la fin de la seconde séance, Pénélope n'a « plus du tout peur », et elle a fait sienne la pensée positive : « Je suis forte. » Elle me précise pour conclure : « J'apprends à faire du vélo à pédales. »

Pour les patients comme pour le thérapeute, c'est une expérience très gratifiante ! Ces résultats positifs m'ont encouragé à paraître un peu bizarre en proposant aux patients de faire bouger leurs yeux... et à développer l'application de cette méthode à des situations très variées, dès lors qu'un symptôme paraît clairement rattaché à un vécu traumatique, même ancien. C'est comme si nous trouvions alors un point d'appui pour mettre en œuvre un puissant levier thérapeutique.

**Les troubles plus complexes
et intriqués aux troubles de l'attachement**

Voici quelques exemples de situations plus variées et complexes, que l'EMDR permet de traiter :

Le poids des responsabilités sur les épaules de Kevin

Kevin, 22 ans, porte la responsabilité de sa mère et de ses deux jeunes frères depuis le divorce de ses parents à l'âge de 12 ans. Il assume de fait toutes les décisions depuis l'âge de 17 ans (par exemple les questions de succession de son grand-père). Sa mère a des dépressions récidivantes, une maladie alcoolique et des rela-

tions affectives instables. Kevin a toujours tenu le coup jusque-là, mais « craque » (épuisement, troubles du sommeil, irritabilité) et vient consulter deux semaines après une tentative de suicide de sa mère. Nous avons retraité trois souvenirs traumatiques en neuf séances :

1. Le divorce : « À 12 ans, ma mère est partie en cacahuète, je suis passé d'ado basique à chef de famille. » Kevin est passé de « C'est ma faute » à « J'accepte leur choix, ce n'est pas ma faute ».
2. La tentative de suicide de sa mère : Kevin a pu retraverser et « digérer » l'angoisse de mort, la détresse et tristesse, la rage, la responsabilité d'avoir signé la demande d'hospitalisation sur demande d'un tiers, et installer la pensée heureuse : « Tout ce que j'ai fait pour elle n'a pas été vain, je suis quelqu'un de sincère dans mes sentiments. »
3. Enfin le décès de son grand-père : la mère de Kevin a laissé à son fils la lourde tâche de répondre aux médecins de ne pas prolonger sa fin de vie. En fin de séance, il imagine (avec des larmes) son grand-père lui mettre une calotte derrière la tête, et lui dire : « Arrête de penser, vis ! », puis « Merci de ta décision ; merci de gérer la succession ; merci d'avoir protégé ta mère de prendre cette décision. »

Lors de la dernière séance, il conclut : « Je sens un changement radical. J'ai réfléchi, j'ai rêvé aussi ; je me sens apaisé, sans culpabilité, je n'ai plus de doutes, rien qui pèse sur ma conscience par rapport à mon grand-père. » Il dit aussi : « Je vous suis surtout reconnaissant d'être capable de renouer la relation à ma mère : même si je reste sur mes gardes pour me protéger, j'ai plaisir à la revoir. »

Une jeunesse douloureuse

Élodie, 18 ans, a subi un viol (fellation forcée) et consulte un an après. Son histoire est complexe : depuis la séparation de ses parents à l'âge de 12 ans, sa mère a été déprimée. Élodie a vécu beaucoup d'insécurité, a connu une période d'anorexie, sa forte demande affective l'a conduite à avoir des relations sexuelles

précoces et des ruptures douloureuses, avec deux tentatives de suicide. Depuis un an, les symptômes reviennent, de façon cyclique et « dès que ça se passe mal avec un garçon » : cauchemars de la scène ou d'autres images de violences sexuelles, malaises avec évanouissements, boulimie et vomissements, boule dans la gorge, et surtout dégoût d'elle-même avec la pensée : « J'ai l'air d'une prostituée. »

Il a fallu six séances de désensibilisation à Élodie (entrecoupées de quatre séances de stabilisation émotionnelle et de thérapie de soutien) : toutes les images ont défilé, puis la scène s'est peu à peu éloignée, jusqu'à ce qu'elle la voie comme de l'extérieur. Le travail a porté sur la régulation des émotions de terreur, d'impuissance, de dégoût, de tristesse et d'humiliation, de colère, de haine et des désirs de vengeance. Élodie a eu des sensations de blocage du haut du thorax et de la gorge, des nausées ; elle s'en est voulu de s'être soumise lors du viol pour sauver sa peau, puis a pris conscience que « C'était complètement la faute de ce connard » ; elle a traversé la frustration de l'absence de suites judiciaires ; enfin elle a pu installer en elle la pensée : « J'ai de la valeur. »

Cependant il est aussi apparu, au fil de ses associations de pensées pendant les mouvements des yeux, des souvenirs douloureux liés à la séparation des parents, à la dépression de sa mère, à son sentiment de responsabilité pour ses jeunes frère et sœur, au manque de son père ; et des doutes sur elle-même, l'image de son corps, sa capacité à plaire : comme nous disons souvent, « un trauma peut en cacher un autre » !

Élodie ne souhaitait pas alors aller plus loin dans le suivi, mais elle est revenue me voir six ans après. Elle réussit alors de brillantes études et vit avec un copain, mais elle a parfois des angoisses, en particulier quand celui-ci part le matin : « Je sais qu'il est fiable, mais c'est plus fort que moi, j'ai toujours peur qu'il me laisse, qu'il aille trouver mieux ailleurs. » Je lui demande de se focaliser sur cette pensée : « On va me laisser » et sur la douleur dans le ventre qui va avec, de se laisser flotter en arrière dans le passé, et d'observer quand elle a pu ressentir cela pour

la première fois : il lui revient tout de suite la période entre 12 et 14 ans, quand elle partait chez son père ou repartait de chez lui ; nous avons alors travaillé sur les vécus d'abandon du père et de défaillance de la mère. Élodie a pu ressentir de l'empathie pour cette fille de 12 ans qui portait trop sur ses épaules (« Je me sentais vraiment perdue... ma mère en dépression totale... J'ai pris la suite parce qu'il fallait que quelqu'un la prenne... »), et s'appuyer sur la figure positive d'un grand-père décédé (« Il aurait tout fait pour moi, mes frère et sœur, ma mère... Il me dirait : je suis là, je t'aime... Même si tu ne t'en rends pas compte, tes parents t'aiment aussi... »). En huit séances, la pensée « Je suis nulle, pas intéressante », a été progressivement remplacée par : « Je suis bien comme ça, je mérite d'être aimée », et elle n'a plus d'angoisse au départ de son copain le matin : « Ce n'est plus un abandon, c'est juste une séparation. »

Les témoignages émouvants de mes patients m'ont appris à quel point des symptômes divers pouvaient être liés à des expériences traumatiques : celles-ci « impriment » dans le cerveau une altération de l'image de soi, ainsi que des réactions émotionnelles et comportementales inadaptées. Au-delà des traumatismes majeurs, les blessures liées aux relations d'attachement dans l'enfance sont la racine de nombreuses souffrances (inversement, une relation d'attachement sécurisée permet d'« éponger » énormément d'épreuves). C'est pourquoi nous allons chercher, à partir de ce qui pose problème aujourd'hui, des liens associatifs vers ce qu'on appelle un « souvenir source ». Par exemple, Élodie a remarqué que la pensée « on va me laisser », l'angoisse et la douleur dans le ventre au départ de son copain le matin, ont été ressenties pour la première fois lors de la séparation de ses parents à 12 ans. La connexion de ces trois éléments montre qu'il s'agit d'un réseau dysfonctionnel inscrit dans notre mémoire, qui perturbe notre image et notre perception de nous-mêmes, nos émotions, réactions, et nos relations aux autres. C'est quand nous arrivons à retraiter cette « racine » par l'EMDR que le résultat de la thérapie est pleinement satisfaisant.

Il faut du courage pour retraverser cela, mais le pire est d'être coupé d'une partie de soi, et de la masquer par des médicaments, des addictions ou des comportements inadaptés. La guérison a pu être décrite comme le fait de « savoir ce que nous savons, et sentir ce que nous sentons » : le passé est alors remis à sa place, et ne continue plus à perturber notre présent et à nous faire subir une sorte de « double peine ». Et, comme le dit un passage du Talmud, « Aucune douleur n'est si grave qu'elle ne puisse être apaisée quand elle devient une histoire racontée à quelqu'un qui me comprend et pour qui je compte vraiment ».

La relation du thérapeute et du patient

Un des aspects les plus heureux que m'a apporté l'EMDR a été de faire évoluer ma relation à mes patients. Comme vous l'imaginez, retraverser des vécus traumatiques ne peut se faire dans une froide neutralité : il existe dans la relation thérapeutique une atmosphère d'humanité, de simplicité, de coopération. Le dispositif lui-même, le thérapeute et le patient assis l'un en face de l'autre avec un léger décalage sur le côté, associe de façon sécurisante la proximité et le cadre de la méthode. Je prends toujours le temps d'expliquer à mes patients comment je comprends la formation des symptômes qui les font souffrir, comment nous allons travailler ensemble, et comment ils peuvent s'entraîner à développer par eux-mêmes des ressources pour aller mieux.

Pour qu'ils restent dans un sentiment de sécurité, je dois aussi observer avec attention les signaux du corps et veiller à une contenance empathique des émotions souvent intenses qui sont partagées. Pour réguler ces émotions, j'utilise souvent des exercices qui mobilisent le corps : toute une créativité peut s'exprimer, et l'espace du bureau s'adapte à chaque patient.

L'aspect ludique me paraît essentiel, avec les enfants bien sûr, mais aussi avec les adultes dont nous soignons bien souvent l'« enfant

intérieur ». Je partage cette vision de Winnicott, pédopsychiatre anglais qui a inventé le concept d'« objet transitionnel » (le fameux doudou) : « La psychothérapie se situe en ce lieu où deux aires de jeu se chevauchent, celle du patient et celle du thérapeute. Si le thérapeute ne peut jouer, cela signifie qu'il n'est pas fait pour ce travail. Si le patient ne peut jouer, il faut faire quelque chose pour lui permettre d'avoir la capacité de jouer, après quoi la psychothérapie pourra commencer. En psychothérapie, à qui a-t-on affaire ? À deux personnes en train de jouer ensemble. Le corollaire sera donc que là où le jeu n'est pas possible, le travail du thérapeute vise à amener le patient d'un état où il n'est pas capable de jouer à un état où il est capable de le faire¹⁶. »

Ou, comme le dit de façon plus savante Didier Anzieu : « La récréation d'une aire transitionnelle est une condition nécessaire (mais non suffisante) pour permettre à un individu, à un groupe, de retrouver la confiance dans sa propre continuité d'être, dans sa capacité d'établir des liens entre lui-même, le monde, les autres, dans sa faculté de jouer, de symboliser, de penser, de créer¹⁷. »

Il est donc autorisé de « jouer » en thérapie. Au début, cela peut paraître bizarre que le thérapeute propose aux patients de suivre ses doigts de leurs yeux. Si c'est inconfortable pour eux, on peut remplacer (avec leur accord bien sûr !) les mouvements oculaires par des tapotements alternés sur les mains, les genoux ou les pieds ; parfois, nous poussons des coussins, nous organisons des frontières de sécurité dans le bureau (voir la thérapie sensorimotrice au chapitre 5, p. 119)... Avec une adolescente gravement traumatisée, qui n'avait pu continuer avec plusieurs thérapeutes car la panique était trop réactivée dès qu'elle évoquait son trauma, nous avons « importé » dans la séance toutes les ressources pouvant l'apaiser : sa maman était là au début, elle gardait son chat sur les genoux (un chat très empathique, avec un caractère plutôt de chien si j'ose dire, qui restait paisible et n'a jamais essayé d'attraper mes doigts pendant que je les bougeais) ; si besoin, elle écoutait un morceau de K-pop (musique coréenne actuelle, rarement appréciée après

18 ans...), buvait un verre d'eau, mangeait un morceau de chocolat noir, etc. Tout ce qui peut sécuriser le patient est utilisable. Des émotions intenses sont souvent traversées (une patiente m'a demandé si j'avais des actions chez Kleenex...), mais quand des larmes sont accueillies, ou quand on peut rire ensemble (et souvent les deux dans une même séance), cela fait beaucoup de bien ! Je veux ici remercier mes patients pour tout ce qu'ils m'ont appris sur ce qui les aidait le plus, et aussi sur les points sur lesquels j'avais à progresser...

CHAPITRE 2

Le cerveau, comment ça marche ? Quelques données de base

Nous avons vu que la thérapie, en particulier avec l'EMDR, peut modifier l'impact des souvenirs, les traces qui se sont inscrites dans notre mémoire, et ainsi remodeler notre cerveau. On décrira, dans ce chapitre, quelques principes essentiels issus des recherches en neurosciences, qui nous permettent de comprendre (un peu) ce qui se passe¹.

Dans les pages qui suivent, on trouvera quelques données de base sur le cerveau et sa plasticité, ainsi que sur les différentes mémoires. Les souvenirs dysfonctionnels qui y sont stockés et qui alimentent nos symptômes actuels peuvent venir soit de traumatismes, soit de blessures dans nos relations précoces et nos liens d'attachement ; ces dernières sont plus longues et complexes à traiter parce qu'elles ont affecté la construction même de notre personnalité.

La personnalité, justement, qu'est-ce que c'est ? On verra comment le sens de soi se développe à travers nos relations, ce qui nous amènera à décrire le système de l'attachement, et comment il intervient dans les difficultés que nous pouvons rencontrer.

Micro- et macroanatomie : la chance de la neuroplasticité !

Notre cerveau est l'objet le plus complexe de l'univers que nous connaissons. Nous avons aujourd'hui beaucoup d'outils pour visualiser sa structure et même son fonctionnement, et vous avez peut-être en tête ces images avec des zones de couleurs vives, qui permettent de voir quelles régions sont actives lors de diverses activités mentales.

Cependant, nous sommes très loin de tout comprendre. D'abord parce que le cerveau de chacun est unique, particulier² ; or les planches anatomiques ne représentent que la moyenne de différentes formes cérébrales ; ensuite parce que la neuroplasticité, c'est-à-dire la capacité du cerveau à se modifier, est extraordinaire (voir en annexe quelques exemples). Ce remodelage permanent implique une grande dépense d'énergie : ainsi le cerveau pèse 2 % du poids du corps, mais consomme 25 % du glucose et 20 % de l'oxygène que nous utilisons. C'est pourquoi nous avons souvent faim après un travail intellectuel !

Le neurone

Les neurones sont situés dans le cortex – la surface du cerveau, qui a de multiples replis – et, regroupés en noyaux, plus en profondeur.

Le neurone est l'élément de base de notre cerveau (figure 1) : il est composé d'un corps cellulaire, où il y a le noyau contenant l'information génétique, et d'une arborescence de fibres qui lui permettent de communiquer avec d'autres neurones. La plupart de ces fibres, appelées dendrites, apportent au corps cellulaire l'information qu'elles reçoivent d'autres neurones sous forme d'influx nerveux. Si la somme de ces influx atteint un certain seuil, le neurone transmet

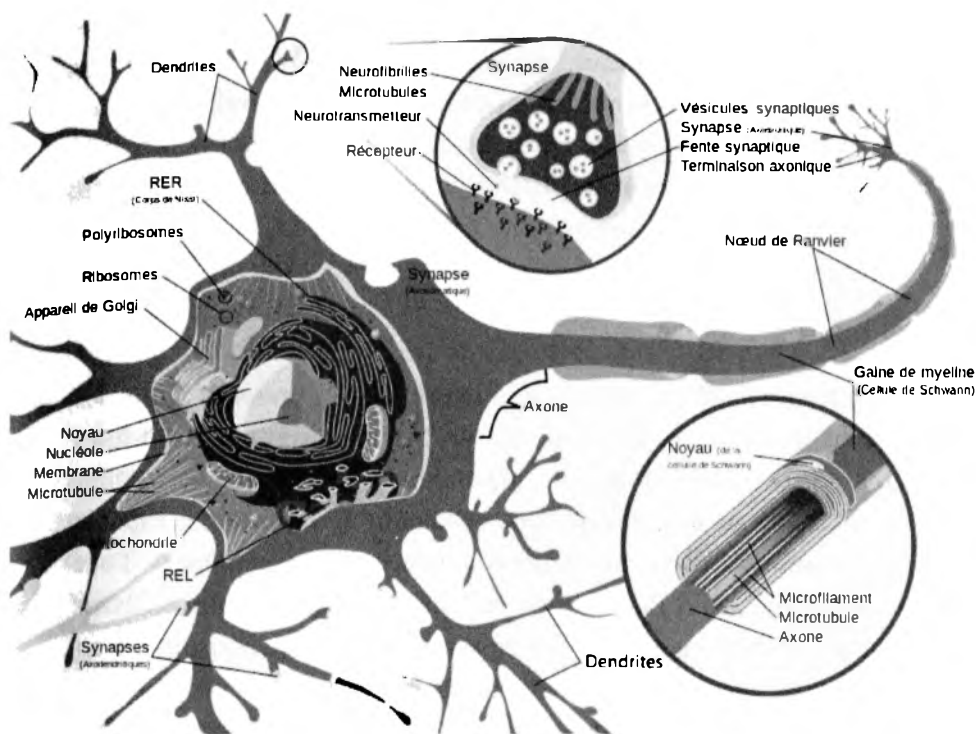


Figure1. Le neurone.

cette nouvelle information à d'autres neurones par son unique fibre sortante, appelée axone.

Aux extrémités des ramifications des fibres de chaque neurone se trouvent de petits renflements : les boutons synaptiques. Ils contiennent des molécules appelées neuromédiateurs (par exemple la sérotonine, la noradrénaline, la dopamine – dont vous avez pu entendre parler, car c'est sur elles qu'agissent les médicaments antidépresseurs et neuroleptiques). Quand l'influx nerveux arrive aux boutons synaptiques, il déclenche la sortie de ces neuromédiateurs qui vont stimuler des récepteurs sur le neurone voisin.

Il nous est difficile de nous représenter la complexité de ce système : les chiffres eux-mêmes donnent le vertige ! On estime à environ 100 milliards le nombre de neurones de notre cerveau, c'est

du même ordre de grandeur que le nombre d'étoiles de la Voie lactée, notre belle galaxie... Chaque neurone, quant à lui, porte en moyenne 10 000 boutons synaptiques. Si on pouvait détricoter et aligner toutes les fibres nerveuses de notre cerveau, on arriverait à une longueur d'environ 100 000 kilomètres³, c'est-à-dire qu'on pourrait faire, avec cet incroyable fil, le tour de la Terre...

La neuroplasticité

Cette capacité du cerveau à se remodeler est présente à tous les niveaux d'organisation : ainsi, les récepteurs peuvent être modulés dans leur nombre et leur configuration ; l'expression des gènes est modulée au niveau du corps cellulaire ; le cerveau est capable de produire de nouveaux neurones dans certaines régions... Tout n'est pas figé, loin de là. Enfin, ce qui est peut-être plus sidérant encore, les prolongements des fibres nerveuses se réorganisent en fonction de l'activité des neurones : quand des neurones sont activés simultanément, leurs connexions se renforcent et ils forment ainsi un réseau. Cela signifie, pour nous, que les expériences que nous vivons changent à la fois le fonctionnement de notre cerveau et sa structure anatomique.

C'est ainsi que les régions cérébrales correspondant à des apprentissages particuliers se développent davantage : on l'a observé chez des personnes bilingues, des musiciens, ou chez des aveugles entraînés à lire en braille (chez qui l'étendue du cortex enregistrant les sensations du bout de l'index droit est nettement augmentée⁴) ; on a également constaté, chez des chauffeurs de taxi londoniens qui apprenaient pendant quatre ans le plan détaillé de la ville et des meilleurs itinéraires, une augmentation de la taille de l'hippocampe (dont une région organise des cartes dans l'espace)⁵.

La plasticité est bien sûr maximale au tout début de notre vie, période durant laquelle notre cerveau se développe d'une manière phénoménale : le fait que nous naissions très « prématurés » par

rapport aux autres primates nous met dans une dépendance prolongée à nos parents ; parallèlement, notre cerveau peut grossir avant que les sutures du crâne ne se soudent. Sa maturation se poursuit donc dans une sorte d'« enveloppe » d'interactions à travers lesquelles nous seront transmis des apprentissages, un langage, une culture, ainsi que des schémas d'attachement qui ont une importance fondamentale. Nous en reparlerons plus loin.

Cette plasticité ne se limite pas à notre prime enfance. Elle continue tout au long de notre vie, et c'est une chance : grâce à elle, nous pouvons non seulement dire que notre cerveau constitue notre identité, la conscience de qui nous sommes, mais aussi affirmer que nous avons la capacité, dans certaines limites, à le modifier à travers les choix que nous faisons. Est-ce que cela ne donne pas envie d'en prendre soin ? Comme le dit le poète Ossip Mandelstam⁶, « Je suis le jardinier, la fleur aussi » :

« Un corps me fut donné – pour quelles fins ?
Ce corps qui est un seul, tellement mien.
Ce bonheur serein, vivre et respirer,
Qui, dites-moi, dois-je en remercier ?
Je suis le jardinier, la fleur aussi,
Au cachot du monde point seul ne suis.
Mon souffle, ma chaleur ont embué
Déjà la vitre de l'éternité.
Si du dessin s'y incrustent les traits,
L'instant d'après nul ne les reconnaît.
Que de l'instant s'écoule la buée !
La chère esquisse n'en sera brouillée. »

Vision macroscopique de notre cerveau

Comme on le sait, le cerveau a deux hémisphères, le gauche et le droit (environ de la taille d'un poing chacun), qui se ressemblent

beaucoup... mais pas complètement : certaines fonctions sont différenciées d'un hémisphère à l'autre. Par exemple, les centres du langage sont le plus souvent situés dans l'hémisphère gauche (ce n'est pas toujours le cas chez les gauchers). Il semble également que le mode de traitement de l'information soit différent pour chaque hémisphère⁷ :

- l'hémisphère gauche aurait un traitement de l'information davantage lié au langage, plus séquentiel, analytique, rationnel, avec une logique déductive ;
- l'hémisphère droit aurait un traitement plus global, spatial, intuitif, que le gauche. Il serait davantage impliqué dans la perception des émotions, des relations sociales, des sensations et de l'image du corps.

Un curieux symptôme, l'anosognosie

On observe parfois, en cas d'accident vasculaire touchant l'hémisphère droit et entraînant une paralysie du côté gauche, un curieux symptôme qu'on appelle l'anosognosie (absence de conscience de sa maladie) : le patient n'a pas conscience d'être paralysé, et il peut même parfois nier que son côté gauche lui appartient (c'est l'asomatognosie) ; par exemple, si on saisit sa main gauche pour la lui montrer, il peut chercher une explication totalement farfelue (« C'est la troisième main du médecin ») alors qu'il n'est absolument pas délirant.

Voilà une illustration frappante du fait que notre conscience est d'abord fondée sur ce que nous sentons dans notre corps ; et que l'élaboration verbale, le discours, est une tentative toujours imparfaite de lui donner un sens...

Chaque hémisphère a plusieurs grandes régions, ou lobes (figure 2) ; le lobe de l'insula, qui joue un rôle important dans cette conscience de l'état interne, viscéral du corps, est enfoui au fond du sillon qui sépare les lobes frontal et temporal. Certaines zones sont spécialisées dans une fonction sensorielle ou motrice, et d'autres sont des zones dites associatives, qui traitent des niveaux plus complexes de représentations.

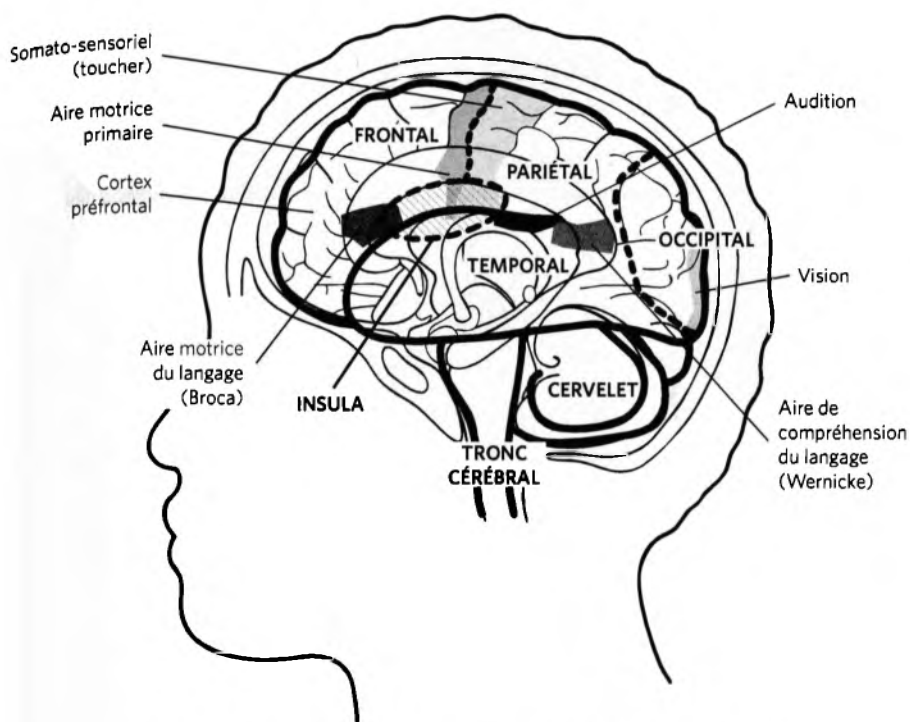


Figure 2. Face externe du cerveau (hémisphère gauche).

À la face interne des hémisphères cérébraux (figure 3) et dans la partie médiane plus profonde, se trouve le système limbique, qui a un rôle essentiel dans la mémoire et les émotions, avec notamment l'hippocampe et l'amygdale (pas celle qui est au fond de notre gorge !).

Un autre élément important de ce système limbique est le thalamus, un noyau qui intègre toutes les informations liées aux sens et à l'état du corps (Bessel Van der Kolk⁸ le compare à un « cuisinier » qui mélange les différents ingrédients de l'expérience).

La région en dessous, l'hypothalamus, est un centre régulateur des grandes fonctions physiologiques (température, faim et satiété, régulation du métabolisme, fonctionnement hormonal, comportements sexuels, maternants...).

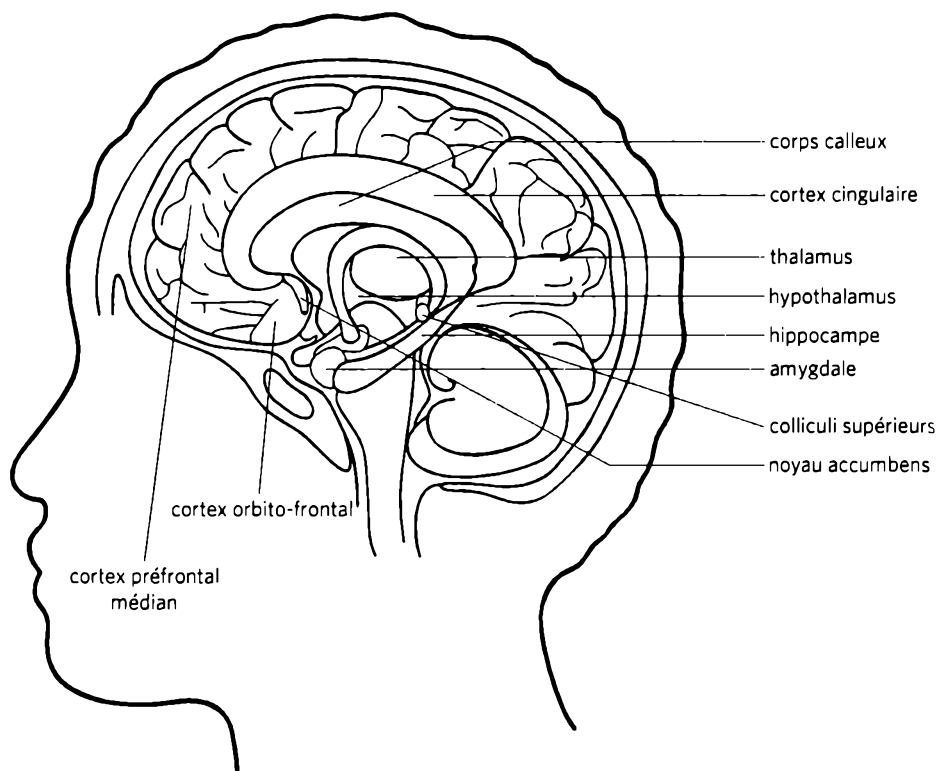


Figure 3. Face interne du cerveau (le système limbique).

On peut enfin observer, encore au-dessous, le tronc cérébral. C'est la partie la plus archaïque du cerveau, qui le relie à la moelle épinière, avec en arrière le cervelet. Dans cette région se trouvent les noyaux des nerfs crâniens, ainsi que des centres régulateurs de la vigilance, des systèmes de défense archaïques et du niveau d'activation du système nerveux autonome : ce dernier, à la différence du système nerveux qui perçoit notre environnement et agit dessus, ajuste l'état de l'ensemble de nos organes internes (cœur, système digestif, etc.). Nous en parlerons plus en détail en décrivant la « fenêtre de tolérance » émotionnelle.

Le cerveau utilise différentes mémoires pour traiter les informations

Nous l'avons vu, le cerveau a une plasticité, qui peut changer sa structure et son fonctionnement selon l'expérience mentale : « Là où l'attention se dirige, les neurones s'allument. Et là où les neurones s'allument, de nouvelles connexions sont possibles⁹. » Cette capacité à remodeler son cerveau (dans certaines limites, bien sûr) est comme une pièce à deux faces : la face positive est la liberté d'apprendre, de renforcer des ressources, d'évoluer, de guérir ; et le revers de la médaille, le risque de fixation de mauvaises habitudes, d'addictions, de schémas relationnels négatifs, ou de douleurs chroniques.

Les informations que nous percevons de notre environnement sont donc en permanence filtrées, traitées, stockées, rappelées et retraitées, par différentes fonctions de la mémoire. Quelles sont ces mémoires ?

La mémoire à court terme

Aussi appelée « mémoire de travail », elle correspond à la somme d'informations que nous pouvons garder à l'esprit simultanément pour planifier notre raisonnement et nos actions.

La mémoire à long terme

Elle se forme en renforçant les connexions dans un réseau de neurones qui correspond à l'expérience de l'événement, à travers les mécanismes de la plasticité que nous avons vus : les contacts synaptiques entre les neurones augmentent, et la transmission de l'influx nerveux entre eux est facilitée.

Le souvenir d'un bon moment

Si j'ai apprécié un bon dîner au restaurant avec des amis, je garderai en mémoire les images du lieu, des amis présents (dans le cortex visuel), l'ambiance musicale (dans le cortex auditif), telle anecdote amusante racontée, des odeurs, des goûts, certaines sensations dans le corps (dans l'insula), une atmosphère émotionnelle, etc.

Les neurones correspondant à cette expérience sont dispersés en réseau dans le cerveau, mais le fait que leurs connexions sont facilitées me permet d'évoquer l'ensemble du souvenir à partir d'un de ses aspects.

Le sommeil paradoxal joue un rôle très important dans cette « mise en mémoire à long terme » : c'est une phase de notre sommeil qui survient toutes les 90 minutes environ, durant laquelle l'EEG (électroencéphalogramme) montre une activité intense et rapide, proche de celle de l'éveil, alors que tout le corps est paralysé, sauf les yeux qui font des mouvements rapides de droite à gauche ; on l'appelle aussi « sommeil à mouvements oculaires rapides », et c'est essentiellement dans cette phase du sommeil que nous rêvons. Pourquoi cela ? Il semble que nous revisitions alors les événements significatifs de notre journée, c'est-à-dire ceux qui ont été associés à une émotion intense ; puis nous les intégrons à notre mémoire à long terme en formant de nouveaux liens associatifs : ainsi, le lendemain, elle est enrichie d'une journée¹⁰. Heureusement que notre corps est paralysé, sinon nous nous mettrions en danger en agissant toutes ces représentations intenses qui nous agitent intérieurement (c'est le cas dans le somnambulisme, qui a lieu quand nous rêvons pendant le sommeil profond). Une hypothèse séduisante est que l'EMDR agirait, comme ces mouvements oculaires du sommeil paradoxal, en stimulant les liens associatifs et la réorganisation de la mémoire.

L'hippocampe joue ici le rôle essentiel d'un « processeur » qui permet d'organiser la mise en place de cette mémoire à long terme :

il coordonne et intègre les différentes facettes de nos expériences et permet qu'elles deviennent des souvenirs indexés dans le contexte, le temps et l'espace.

L'inscription d'un souvenir se fait en association avec un état corporel : à chaque représentation (images, sons, odeurs, pensées) sont associées une résonance émotionnelle et la perception d'un changement d'état de notre corps¹¹. C'est pourquoi il est plus facile de retrouver un souvenir si l'expérience a été répétée, ou intense émotionnellement.

Il est enfin important de remarquer que, quand on réactive un souvenir en le rappelant, ses traces dans ce réseau neuronal redeviennent mobiles et peuvent se réorganiser : notre mémoire est ainsi en perpétuelle reconstruction (c'est d'ailleurs ce qui explique les divergences entre les différents témoins d'un même événement).

Cette mobilité des traces mnésiques est une bonne chose : elle est même essentielle pour nous libérer des symptômes post-traumatiques, et l'EMDR en tire parti (comme toutes les thérapies basées sur le modèle du « traitement adaptatif de l'information »). Remarquons au passage qu'on ne peut retraiter un souvenir que si on réactive ses traces dans tous ses aspects, non seulement verbaux et cognitifs, mais aussi émotionnels et corporels.

Enfin, pour obtenir l'intégration de la guérison, il faut répéter cette nouvelle expérience avec tous ces aspects : j'explique souvent à mes patients que c'est comme se frayer un nouveau chemin dans les hautes herbes, ou dans la forêt vierge : c'est laborieux au début, il faut y repasser souvent, puis ça devient de plus en plus simple (voir exemples au chapitre 4, « Phase d'installation de la cognition positive », p. 94-95 et au chapitre 5, « Les blocages de Karine », p. 121) !

Deux sortes de mémoire à long terme, aux fonctions bien différentes

La *mémoire explicite* (ou déclarative), consciente, est utilisée quand nous nous concentrons pour retrouver nos souvenirs ; elle comporte elle-même :

- la mémoire *épisode*, des événements vécus, situés dans l'espace et le temps : nous pouvons grâce à elle faire un récit autobiographique, raconter notre histoire. Par exemple, je me souviens d'avoir été en famille au mont Aiguille l'été 2005, c'était magnifique.
- et la mémoire *sémantique*, qui correspond aux connaissances que nous avons accumulées (les règles générales de fonctionnement du monde, que nous tirons de nos expériences et de nos apprentissages, et que nous partageons par le langage). Je me souviens par exemple de la recette du clafoutis aux cerises de ma belle-mère : elle est délicieuse (la recette !).

La mémoire *implicite* (ou procédurale), non consciente, correspond à des empreintes corporelles et des schémas comportementaux inscrits par la répétition d'expériences ; un exemple simple en est l'apprentissage du vélo, dont on dit : « Ça ne s'oublie pas. » Cette mémoire est particulièrement active dans nos premières années, avant le développement du langage, et – nous le reverrons à propos de la théorie de l'attachement – il s'y inscrit de nombreux schémas de relation à nous-mêmes, aux autres, et au monde ; ce sont comme des filtres qui colorent et modifient nos perceptions et nos réactions.

On peut au fond comprendre la psychothérapie comme le retraitement de la mémoire implicite, pour qu'elle ne soit plus parasitée par des schémas dysfonctionnels. Comme nous le verrons plus loin, notre mémoire peut aussi nous perturber par l'impact des souvenirs traumatiques : en effet, ceux-ci n'y sont pas stockés de façon ordinaire, et c'est ce qui explique les symptômes du stress post-traumatique.

Le développement du sens de soi à travers les relations

La psychologie du développement a progressé à partir du moment où elle s'est basée sur des observations directes des nouveau-nés et des enfants. Il faut citer ses principaux précurseurs, Jean Piaget et John Bowlby, tous deux inspirés par l'éthologie : Piaget s'est plus intéressé au développement cognitif, alors que Bowlby est le père de la théorie de l'attachement. Plus récemment, Daniel Stern¹² et Allan Schore¹³ ont fait de belles synthèses des découvertes étonnantes sur les compétences précoces des bébés, qui mettent en évidence à quel point nous sommes d'emblée orientés vers la communication : dès la naissance, nous avons une préférence pour regarder les formes ovales, et parmi celles-ci, les visages ; et dès quelques semaines, nous sommes capables d'imiter les mouvements de la bouche correspondant à des syllabes simples. De même les adultes, à moins d'avoir de graves troubles de l'attachement, sont spontanément attirés par les bébés (on a même montré qu'afficher des photos de bébés animaux dans un local professionnel avait un effet apaisant).

Notre personnalité se construit en effet dans la relation avec nos parents (ou éducateurs), et on peut décrire l'émergence successive de deux facettes de la conscience de soi : le « soi central » ressenti au niveau corporel et émotionnel, et le « soi autobiographique », qui peut intégrer l'expérience vécue dans le temps et la symboliser par le langage.

Le soi central et la conscience-noyau

À travers les interactions répétées du bébé avec sa mère¹⁴, des schémas relationnels s'inscrivent dans sa mémoire implicite (en termes techniques, des « modèles internes opérants »). Cela construit une première représentation de soi en relation avec l'autre. Ce sens

de soi non verbal (car précédant le développement du langage) est ce que Damasio¹⁵ appelle le soi central : en même temps que le cerveau enregistre des informations sur un « objet » extérieur (par exemple le visage de la mère, ses vocalisations, le rythme de son bercement, son odeur, le contact de sa peau...), il enregistre le changement d'état du corps qui accompagne cette relation (la tension dans le ventre diminue, il y a une sensation de stabilité dans le bassin et le dos, de contact et d'enveloppement – ce que Winnicott nomme le *holding* –, il y a de la chaleur, les muscles se détendent, le cœur ralentit).

La succession de ces microexpériences de quelques secondes constitue un flux de conscience, qui est d'abord corporelle et émotionnelle (Damasio l'appelle la « conscience-noyau »). Parmi ces microexpériences, certaines deviennent plus saillantes, car elles sont répétées et associées à un apaisement du corps ; alors l'« objet » du monde extérieur qui apporte ces expériences (la mère le plus souvent) devient la figure d'attachement principale. Daniel Stern appelle « accordage » la synchronisation progressive des rythmes, intensités et qualités des stimulations (le bercement, les modulations de la voix, les caresses, les regards et mimiques, etc.) qui permettent d'obtenir cet apaisement.

Ce flux de conscience continue tout au long de notre vie et correspond à notre expérience existentielle, la façon dont nous nous sentons nous-mêmes, et qui est très associée à notre relation aux autres, à l'Autre avec un grand A, et au monde.

Stern¹⁶ souligne à quel point nos expériences les plus significatives sont vécues au niveau de ce soi central : un moment de rencontre tellement profonde que cela dépasse les mots, le basculement vers un éclat de rire et une connivence « magique », un moment de contemplation de la nature, une émotion artistique intense, une expérience spirituelle, un « instant d'éternité ». L'enjeu en psychothérapie est souvent, plutôt qu'une longue élaboration où le thérapeute cherche à comprendre son patient, de saisir ces « moments de rencontre » où le patient se sent vraiment compris :

ce sont eux qui donnent le goût, le sentiment profond d'exister. Et c'est précisément ce qui a manqué aux personnes ayant eu des carences affectives précoces : elles ressentent souvent ce manque comme un vide intérieur, l'impression de ne pas vraiment avoir de place, de consistance, d'existence.

Ce que nous apprennent les clowns à l'hôpital

L'expérience des clowns à l'hôpital permet de comprendre la valeur de ces moments de rencontre quand nous sommes en détresse. Ils m'intéressent, non pas tant dans leur côté burlesque, mais surtout pour le côté relationnel très profond qu'ils développent. On les appelle quand un enfant, ou une personne âgée, est emmuré dans sa souffrance, et ils viennent le rejoindre là où il est, en cherchant une étincelle d'élan vital avec laquelle entrer en résonance pour la ranimer. Le clown développe sa capacité de présence à l'autre dans son corps et ses émotions, dans l'instant présent de la rencontre et de ce qu'elle mobilise en chacun ; il ne nie pas la souffrance, la difficulté ou l'échec, mais il transmet sa confiance radicale en la vie : en allant au bout de cela dans une relation, l'élan vital va ressurgir.

Le soi autobiographique et la conscience étendue

La possibilité de mettre en mémoire et en langage nos expériences significatives permet de replacer les vécus de notre soi central dans une perspective plus étendue, intégrant les souvenirs du passé et les projections dans l'avenir : c'est ce que Damasio appelle la conscience étendue, elle est assez spécifiquement humaine et s'accroît au fil de nos expériences. Grâce à elle, nous pouvons nous rappeler l'histoire de notre vie (soi autobiographique), et accéder à des connaissances inscrites dans notre mémoire sémantique ; à partir de là, nous pouvons analyser le présent et construire des projets pour l'avenir.

Nous avons donc deux façons d'avoir conscience de nous-mêmes, qui sont plus ou moins bien intégrées.

Notre soi autobiographique, enraciné dans le langage, est une compétence merveilleuse, qui permet de construire du sens et de le partager ; mais il peut aussi « se raconter des histoires », modifiées pour les rendre acceptables (par les autres comme par nous-mêmes). Comme le dit Bessel Van der Kolk¹⁷, « les neurosciences modernes soutiennent fortement la notion freudienne que beaucoup de nos pensées conscientes sont des rationalisations complexes pour le flux d'instincts, de réflexes, de motifs, et de souvenirs profonds qui émanent de l'inconscient ».

Notre soi central, ressenti instant après instant, enraciné en profondeur dans le vécu corporel et émotionnel, contient une autre vérité, plus existentielle, sur nous-mêmes. Ce sont ces zones profondes de notre cerveau et de notre conscience de nous-mêmes qui sont impactées par les traumatismes ; et leurs traces restent présentes non pas comme un récit narratif, mais comme des fragments d'images, d'émotions, de sensations, qui donnent la perception douloureuse de « ne plus être soi-même ». C'est pourquoi la thérapie des troubles post-traumatiques ne doit pas être uniquement verbale, mais doit d'abord intégrer les vécus corporels et émotionnels. Ce n'est que dans un deuxième temps qu'un récit narratif partagé sera essentiel : si nous nous sentons vraiment compris, il nous permettra de situer l'expérience traumatique dans notre histoire et de lui donner un sens.

Nous ne pouvons guère en même temps ressentir les choses et en parler. C'est souvent tout le travail d'une vie, avec ou sans thérapie, que de mûrir un sentiment profond de cohérence et d'unité entre ces deux perceptions de nous-mêmes ! Savoir ce que nous savons, et sentir ce que nous sentons ; mais aussi savoir ce que nous sentons, et sentir ce que nous savons...

Le système de l'attachement

Comme nous l'avons vu plus haut, le bébé construit, à partir des interactions répétées avec sa mère, des schémas mentaux. Ceux-ci organisent son sens de soi et ce qu'il anticipe de la relation à l'autre, le degré de sécurité qu'il ressent dans le lien et la façon dont il va réguler ses émotions¹⁸. C'est ce qu'on appelle le système de l'attachement, essentiel à la survie des petits mammifères.

Les différents styles d'attachement

Mary Ainsworth a étudié l'attachement en observant les interactions d'enfants d'environ 1 an avec leurs mères, au cours de différentes séquences qui les confrontent au stress de la séparation, puis aux retrouvailles. Elle a ainsi mis en évidence des styles d'attachement bien différenciés et assez stables dans le temps, même si des évolutions sont possibles (lors de relations affectives à l'âge adulte ou lors d'une psychothérapie par exemple) :

- *Les enfants ayant un attachement sécure* (60-65 %) ont une réaction modérée à la séparation, une bonne capacité d'exploration et de jeu quand ils sont seuls, et du plaisir aux retrouvailles. Ils ont développé une bonne confiance en eux, se sentent compris, acceptés et valorisés par leurs figures d'attachement ; ils ont aussi confiance en l'adulte dont ils recherchent la proximité en cas de détresse. Ils ont enfin une bonne capacité à réguler leurs émotions, à réfléchir sur leurs pensées et leurs sentiments (ce qu'on appelle la mentalisation) et à ressentir de l'empathie.
- *Les enfants ayant un attachement évitant* (15-20 %) manifestent peu de réactions à la séparation et aux retrouvailles ; ils peuvent même éviter le contact, et se focalisent souvent sur un jouet ou une activité (par exemple le balancement) pour s'autoréguler quand ils sont seuls. Ils ont appris à inhiber leur besoin d'attachement et à ne pas exprimer leurs émotions, par crainte d'une réaction négative de

l'adulte. Derrière une apparente autonomie, ils souffrent d'anxiété et d'insécurité.

- *Les enfants ayant un attachement ambivalent-résistant* (10-15 %) ont une détresse intense à la séparation (ils crient, s'agrippent) et une ambivalence lors des retrouvailles : ils oscillent entre approche/recul, collage/rejet, tendresse/colère. Ils ont du mal à s'autoréguler et hyperactivent leur besoin d'attachement, tout en étant méfiants et difficilement réconfortés. Ils ont appris que l'adulte répond à leurs besoins de façon incertaine et imprévisible.

- *Les enfants ayant un attachement désorganisé* (5-10 %) forment le groupe le plus à risque de développer une pathologie mentale. Leurs parents sont soit impuissants-abdiquants, soit effrayés-effrayants, soit négatifs-intrusifs ; ils sont surtout imprévisibles, et l'enfant a un niveau de stress très élevé, sans pouvoir développer de stratégie fiable pour optimiser l'attachement. La figure d'attachement, vers qui l'enfant se tourne en cas de détresse, est elle-même source de danger, et il éprouve à la fois la peur d'être approché et la terreur d'être rejeté. Il active alors deux systèmes de défense incompatibles, la fuite et l'agrippement : on observe chez lui des incohérences comportementales et une perturbation émotionnelle intense pouvant aller jusqu'au désespoir. Cette situation, où des schémas contradictoires sont activés simultanément, entraîne un risque important de troubles dissociatifs. Comme le dit Bowlby : « Ce qui ne peut être communiqué à la mère ne peut être communiqué au soi. »

En grandissant, face à cette insécurité et à cette confusion, ces enfants développent deux stratégies de contrôle principales : contrôlant-soignant (où l'enfant se met en position de parent inversé pour prendre soin des besoins de sa mère) ; et contrôlant-despotique (on voit ainsi certains garçons, qui ont grandi dans un contexte de violence conjugale, reprendre à leur compte la violence du père sur la mère après la séparation des parents).

Ce qu'il faut pour développer un attachement sécure

Il faut d'abord un sentiment de sécurité et de protection : qu'au moins un parent soit suffisamment prévisible et réponde régulièrement de façon adaptée aux besoins de l'enfant, lui permettant ainsi de réguler ses émotions. Puis il faut de l'amour : se sentir vu, en connexion, important pour l'autre, validé dans son vécu, pouvoir partager de l'émotion sans que cela submerge. Enfin de la valorisation : être encouragé et valorisé dans l'autonomisation.

Il est normal que les interactions initiales soient tâtonnantes : quand on observe des interactions mère-bébé précoces, on se rend compte que plus de la moitié des premières réponses maternelles ne sont pas adaptées, mais que ces échecs sont le plus souvent réparés par la suite. Il est d'ailleurs très utile à l'enfant d'apprendre à travers ces premiers échanges la complexité des relations humaines, et la nécessité de développer ses compétences d'autorégulation. Cette observation peut être libératrice pour les mères, qui n'ont pas besoin d'être parfaites mais « suffisamment bonnes », comme le disait Winnicott¹⁹. J'aime redire aux mères de mes patients pourquoi il est terrible d'avoir une mère parfaite : on a beaucoup de mal à s'en séparer, on se sent très coupable d'éprouver de l'agressivité envers elle, il paraît impossible de trouver une compagne meilleure qu'elle, etc.

Qu'est-ce qui fait qu'un parent est suffisamment bon ?

Le don de soin implique disponibilité, sensibilité (capacité à décoder les besoins et à leur donner une réponse appropriée), acceptation inconditionnelle (valorisation de ce que l'enfant est), reconnaissance et valorisation de ce qu'il fait, coopération et soutien de l'autonomisation progressive.

Pour parvenir à cela, la principale qualité nécessaire paraît être la capacité de « mentalisation²⁰ », c'est-à-dire la capacité à comprendre son propre comportement et celui de l'autre en termes d'états mentaux sous-jacents (pensées, émotions, ressentis). Cela permet l'empathie, la résonance aux émotions de l'enfant et leur validation : ainsi elles peuvent être régulées, et l'enfant se sent en sécurité, compris et apaisé dans cette relation qui le ramène dans sa « fenêtre de tolérance émotionnelle » ; enfin, en nommant ce que l'enfant ressent, on construit peu à peu un sens partagé.

Il est important de comprendre qu'un petit enfant n'a pas les capacités cérébrales pour maîtriser ses réactions émotionnelles (un enfant de 2 ans peut par exemple se mettre dans une colère noire s'il est fatigué et que sa mère lui interdit quelque chose de dangereux). Si les éducateurs n'intègrent pas cela et se donnent pour objectif de contrôler les comportements par la force (châtiments corporels, paroles blessantes), ils tombent dans la « violence éducative ordinaire », encore trop acceptée socialement, mais qui a des effets délétères sur le développement du cerveau de l'enfant, en particulier de son cortex orbitofrontal²¹. La priorité est de le ramener dans sa fenêtre de tolérance, d'apaiser son système limbique et son cerveau droit en lui donnant empathie et contenance, et ce n'est qu'après qu'on pourra le « raisonner » au niveau de son cortex et de son cerveau gauche.

Nous éprouvons à l'âge adulte les bienfaits de la mentalisation et de l'empathie quand nous nous sentons « vraiment compris » par un proche, ou un thérapeute, à qui nous exprimons une souffrance : cette simple expérience est très apaisante, avant même qu'une résolution du problème soit envisagée, et elle est certainement une base essentielle de la relation thérapeutique. Michel Delage²² note de façon très juste cette sorte de théorème : « Chaque fois que nous pouvons partager de l'émotion sans que cela submerge, cela crée de l'attachement. »

On peut évaluer indirectement cette capacité de mentalisation et l'état d'esprit des parents vis-à-vis de l'attachement, en les interrogeant sur leurs propres souvenirs d'enfance (voir annexe p. 229) :

la concordance entre l'état d'esprit des parents et l'observation directe qu'on fait du style d'attachement de leurs enfants est très importante, de l'ordre de 70 % : les parents à l'état d'esprit autonome ont le plus souvent des enfants sécures, les parents détachés des enfants évitants, les parents préoccupés des enfants ambivalents-résistants, et les parents désorganisés des enfants désorganisés.

Cette concordance n'est pas non plus à 100 %, ce qui souligne la marge de liberté et la capacité de résilience toujours présentes chez l'être humain. C'est enfin un encouragement à oser « franchir le pas » d'une psychothérapie, si nous repérons en nous un état d'esprit non apaisé concernant notre enfance : plus le récit de notre histoire sera intégré émotionnellement, moins nous projetterons sur nos enfants de « zones d'ombre » avec des résonances douloureuses de notre passé. Celles-ci risquent de nous parasiter pour les accueillir tels qu'ils sont et de créer des points de fixation conflictuels dans nos relations. Rappelez-vous que, de même que c'est dans notre « fenêtre de tolérance émotionnelle » (voir au chapitre 3, p. 55) que l'attachement se construit, c'est seulement là qu'une transmission de valeurs éducatives peut se faire.

L'attachement se construit dans un système familial

Le père a une manière d'être et des apports spécifiques pour le développement de l'enfant, en particulier pour stimuler l'exploration de l'environnement, l'affirmation de soi et réguler l'agressivité²³ (voir en annexe). Il est très complémentaire de la mère, qui apporte la meilleure « base de sécurité ».

Le style d'attachement, c'est-à-dire la façon dont nous nous sentons dans la relation aux autres (et surtout dans les situations d'intimité où nous nous ouvrons plus à notre vulnérabilité), est ainsi la résultante de l'ambiance générale du système familial, du climat de sécurité auquel contribue en particulier la qualité de la

vie conjugale. Comme le disait Marcel Pagnol : « Le secret d'une enfance heureuse, c'est d'avoir des parents qui s'aiment. »

Le système familial porte encore bien d'autres enjeux. L'éthique relationnelle dans la famille implique des relations d'équité clairement établies entre donner et recevoir, et de la cohérence entre les paroles et les actes ; cela permet de développer la confiance en soi et la confiance dans les autres.

Les systèmes motivationnels

Un système motivationnel est un ensemble de comportements coordonnés pour accomplir des objectifs spécifiques pour la survie de l'individu et de l'espèce²⁴. Au niveau sous-cortical, ce système

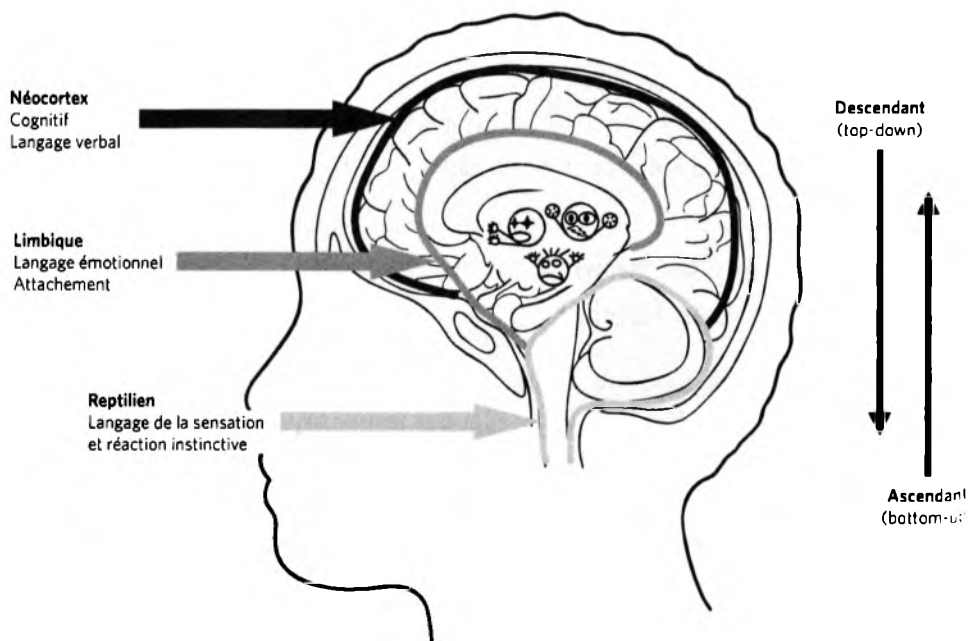


Figure 4. Cerveau triple : trois « langages », trois enjeux du traitement. Certains circuits sous-corticaux très importants pour la survie sont « précâblés » : ce sont les principaux systèmes d'action ou de motivation.

est en partie « précâblé », avec des circuits associant des noyaux du tronc cérébral et du système limbique qui réagissent à des signaux internes et environnementaux. Cette représentation du fonctionnement psychique est très éclairante pour comprendre de nombreux symptômes.

Ces systèmes motivationnels existent déjà chez les animaux et ont été sélectionnés par l'évolution, car ils favorisent la survie ; chez l'homme, ils sont intégrés avec des vécus émotionnels et des représentations cognitives.

De façon schématique, on peut décrire ces systèmes en les reliant aux trois « étages » du cerveau décrits par Paul McLean de manière simplifiée, mais très pédagogique, dans les années 1960 (figure 4). Ces différentes régions sont en fait imbriquées et communiquent entre elles (l'évolution a en permanence construit à partir des structures existantes, en enrichissant ou faisant évoluer leur fonction). Ce sont :

- le cerveau reptilien, qui comporte essentiellement le tronc cérébral et le cervelet. Il est apparu chez les poissons il y a environ 500 millions d'années, s'est développé chez les amphibiens et a atteint son stade le plus avancé chez les reptiles, il y a 250 millions d'années, puis chez les oiseaux ;
- le cerveau limbique, qui est apparu chez les petits mammifères il y a environ 150 millions d'années ;
- enfin le néocortex, surtout développé chez les primates, mais aussi chez les dauphins par exemple. Il a connu une expansion considérable, en particulier de la région préfrontale, avec l'apparition du genre *Homo* il y a 2 ou 3 millions d'années.

Les systèmes motivationnels du cerveau reptilien ou archaïque (figure 5) sont divisés en systèmes de défense, prioritaires face au danger, et systèmes d'action qui peuvent être mis en œuvre le reste du temps :

- face au danger, la première réaction est la sidération, ou immobilisation dans un état de tension pour évaluer la menace (c'est le cas d'un animal qui traverse une route la nuit et est « pris » dans les phares d'une voiture) ; puis, selon cette évaluation, le

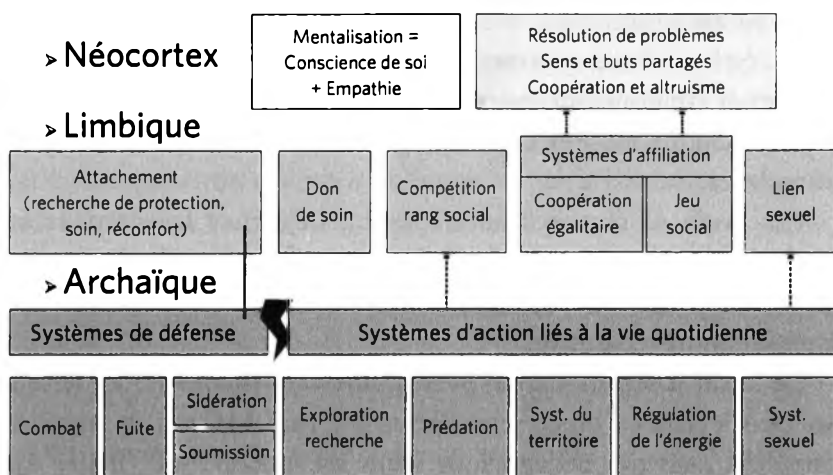


Figure 5. Les systèmes de motivation. (D'après Liotti.)

combat ou la fuite ; enfin, si ni l'un ni l'autre ne sont possibles, le figement – ou soumission, ou « mort feinte » –, comme une souris attrapée par un chat ;

- quand il n'y a pas de danger, les autres systèmes d'action sont mobilisables : l'exploration ; la prédation ; la défense du territoire ; la régulation de l'énergie ; et la reproduction.

Avec l'apparition des mammifères, les systèmes d'action se complexifient, et surtout le système de l'attachement apparaît :

- face au danger, les petits mammifères activent encore les mêmes systèmes d'action que les reptiles, mais de plus appellent leur mère pour obtenir protection, soins et réconfort ; cela leur donne une chance de survie supplémentaire, car les femelles mammifères sont capables de déployer des capacités de combat majeures pour protéger leurs petits ;
- quand il n'y a pas de danger, les autres systèmes d'action observés chez les reptiles sont eux aussi présents, mais connaissent certaines évolutions : par exemple, chez les animaux sociaux, à partir des systèmes de prédation et de défense du territoire, un système de compétition pour le rang social se différencie.

Il y a aussi des systèmes orientés vers l'affiliation, en particulier le jeu social²⁵ : celui-ci permet aux jeunes animaux de s'engager physiquement les uns avec les autres pour explorer les interactions sociales en s'affirmant. Il y a enfin le système du don de soin (*caregiving*), par lequel la mère mammifère prend soin de ses petits : c'est le système réciproque du système de l'attachement.

Nous en arrivons enfin aux systèmes motivationnels les plus spécifiques de l'être humain (même si on observe des ébauches d'empathie et de coopération chez certains animaux) :

- la capacité de mentalisation, dont nous avons parlé plus haut, c'est-à-dire d'avoir une représentation de nos propres états mentaux (base nécessaire à la pleine conscience, développée au chapitre 6, « Pleine conscience ou *mindfulness* », p. 163) et des états mentaux de l'autre (base nécessaire à l'empathie, développée en annexe) : elle dépend notamment de l'activité du cortex préfrontal médian ; et c'est la partie inférieure de cette région (le cortex orbitofrontal) qui peut réguler les systèmes émotionnels ;
- et la capacité de résoudre des problèmes complexes, qui dépend essentiellement du cortex préfrontal dorsolatéral.

L'association de ces deux capacités permet un niveau élevé de coopération, c'est-à-dire de construire un sens et des buts partagés, et de s'engager dans des actions coordonnées pour les réaliser. Pour certains auteurs, la coopération est un facteur clé de l'homínisation : vous trouverez en annexe un résumé des études passionnantes qui montrent que nous sommes, dès la petite enfance, orientés vers l'altruisme et la coopération.

Cela a bien sûr des avantages énormes : nous pouvons intégrer différentes motivations en prenant du recul pour les mettre en perspective ; nous pouvons aussi intégrer les compétences de plusieurs individus et les savoirs des générations précédentes, et construire des réalisations complexes et des buts à long terme.

Cependant, quand nous sommes en danger, notre cortex pré-frontal est « débranché » et ce sont nos systèmes de défense plus archaïques qui mènent nos comportements.

Un exemple d'activation du système de défense

Prenons l'exemple de Denis, dont le père était dévalorisant et piquait des crises de colère quand il avait un mauvais bulletin scolaire : il a de façon répétée des altercations au travail, avec des collègues ou des supérieurs, dès qu'on critique ce qu'il a fait. Comme il le dit : « Je sais bien que c'est nul et j'en ai honte, mais c'est plus fort que moi, si l'autre me critique en élevant un peu la voix, je me sens humilié, je disjoncte et je me mets en rage. » Face à une situation qui réactive (même inconsciemment) un réseau de souvenirs traumatiques non « digéré », son système de combat est activé et prend les commandes de son comportement.

Pour résumer simplement

- On peut décrire notre cerveau comme une « machine d'anticipation » (Siegel), qui nous prépare en permanence au futur selon les contenus de notre mémoire implicite : celle-ci a enregistré des procédures, des schémas, liés à des expériences répétées (en particulier nos premières relations), ou prioritaires pour la survie (schémas de réponses automatiques face au danger). Plus notre mémoire implicite est habitée par des souvenirs dysfonctionnels, qu'ils relèvent de blessures d'attachement ou de traumatismes, plus notre réaction aux circonstances présentes risque d'être mal adaptée : les systèmes de défense face au danger sont hypersensibles et vont mener nos comportements.
- Cette mémoire implicite comporte une représentation de nous-mêmes en lien avec l'autre, qu'on appelle le système de l'attachement, et qui se construit dans l'enfance à travers nos premières relations : un attachement sûr pose les meilleures bases pour le développement de notre cerveau et notre santé mentale, un attachement désorganisé est associé à une plus grande vulnérabilité.

- Notre conscience de nous-mêmes a deux aspects : un soi central, ressenti dans le corps et les émotions, et un soi autobiographique, associé au langage. Les carences affectives comme les traumatismes viennent perturber notre sentiment de cohérence et d'unité intérieures ; et la thérapie doit prendre en compte tous ces aspects de l'expérience pour être efficace.
- La neuroplasticité permet à notre cerveau de se remodeler en fonction de nos expériences : nous pouvons améliorer son fonctionnement par l'entraînement de ressources, comme la pleine conscience ou la gratitude. Vous trouverez dans le « carnet des ressources » (chapitre 6 et annexe) des exercices de régulation émotionnelle et de renforcement de vos ressources.
- Si nous sommes régulièrement perturbés par des émotions débordantes, des pensées négatives, des comportements mal contrôlés, ou des sensations corporelles pénibles, il vaut la peine de chercher si ce n'est pas dû à des souvenirs implicites non « digérés » de blessures d'attachement ou de traumas, que l'EMDR (en particulier) permet de retraiter.

Nous pouvons maintenant regarder de plus près comment les événements traumatiques impactent notre cerveau, cela nous permettra de comprendre pourquoi des thérapies spécifiques sont nécessaires pour en guérir.

CHAPITRE 3

L'impact des événements traumatiques

Comment le cerveau traite les événements vécus

La « fenêtre de tolérance émotionnelle »

Selon les situations que nous vivons, nous pouvons rougir, sourire, sentir une boule dans le ventre, ou notre cœur battre plus vite, etc. Ces changements d'état du corps sont les signes qui accompagnent nos émotions. Quand ce qui est vécu est supportable, nous sommes dans notre « fenêtre de tolérance » (figure 6) ; mais ces sensations peuvent être trop intenses et débordantes, et nous faire passer de la peur à la panique, ou de la colère à la rage ; ou parfois nous pouvons « disjoncter » et ne plus rien sentir, voire nous évanouir. Ces expériences de perte de contrôle caractérisent les vécus traumatiques, et sont associées à différents états d'activation de notre système nerveux dit « autonome ».

Celui-ci commande toutes les fonctions de l'organisme qui s'exercent en dehors de notre contrôle volontaire. Il permet de réguler le cœur et les vaisseaux, les poumons, le système digestif, la vessie et les organes sexuels, mais aussi la dilatation de la

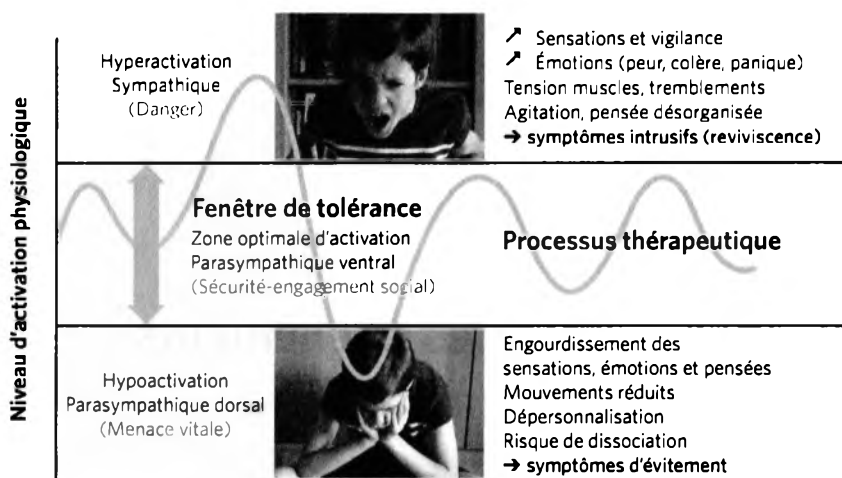


Figure 6. Fenêtre de tolérance. Les exercices de stabilisation visent à rester dans la fenêtre de tolérance et à l'élargir de plus en plus. (D'après Siegel, 1999.)

pupille, la sécrétion de larmes, de salive, et de sueur, la coloration et chaleur de la peau (selon la dilatation des petits vaisseaux), etc. Il est aussi en interaction avec le système immunitaire. Il est sous le contrôle de l'hypothalamus, et comporte deux grands systèmes reliant le cerveau à l'ensemble du corps : le système sympathique (orienté vers la dépense de l'énergie) et le système parasympathique (orienté vers la récupération de l'énergie).

Selon le niveau d'activation de ces deux systèmes, notre corps se sent dans des états différents, qui sont à la base de nos vécus émotionnels.

LE SYSTÈME SYMPATHIQUE

Il est activé en cas d'exercice physique, mais aussi de perception d'un danger, où il nous prépare à une action défensive de fuite ou de combat ; il utilise comme neuromédiateur la noradrénaline, et stimule aussi la sécrétion d'adrénaline par la glande surrénale. Notre cœur bat plus vite, notre tension artérielle augmente, le sang est orienté vers nos muscles qui sont plus tendus, nous avons plus chaud et transpirons, parfois notre vessie peut même se relâcher ; nous

ressentons alors des émotions de peur ou de colère, une agitation intérieure, notre vigilance et nos perceptions sont plus aiguës.

Au-delà d'un certain niveau d'activation, nous « sortons par le haut » de notre fenêtre de tolérance : nous paniquons ou sommes en rage, nous tremblons ou gesticulons, déambulons de long en large, notre pensée devient confuse et désorganisée, au plus fort nous faisons une « attaque de panique », avec l'impression que notre cœur bat tellement vite et fort qu'il va lâcher, que nous ne pouvons plus respirer, ne sentons plus nos repères familiers par rapport au monde (angoisse de « déréalisation ») ou à nous-mêmes (« dépersonnalisation »), allons mourir ou devenir fous. Dans le cerveau, l'amygdale est hyperactive (c'est elle qui a déclenché la réponse à la perception d'un danger) alors que l'hippocampe et le cerveau préfrontal sont « débranchés » (figure 7).

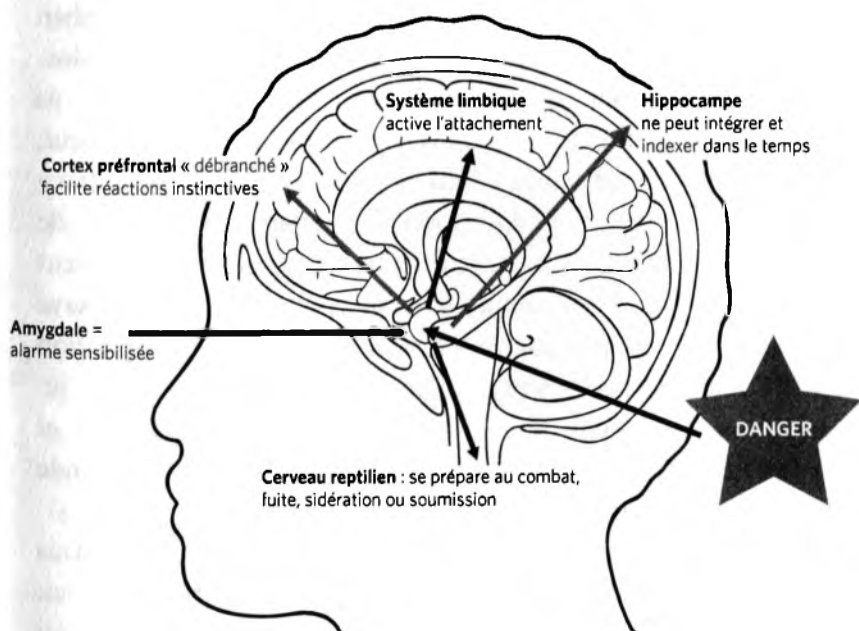


Figure 7. Réactions du cerveau face au danger. Elles dépendent de la gravité du trauma, du style d'attachement, de la fenêtre de tolérance et de la sensibilisation éventuelle par des traumas antérieurs.

LE SYSTÈME PARASYMPATHIQUE

Si on compare le système sympathique à un accélérateur, le système parasympathique sera le frein : il ralentit le cœur et la respiration, les vaisseaux sanguins sont moins dilatés du côté des muscles et de la peau (nous avons plus froid et sommes plus « ramollis » et engourdis), et le sang est plus orienté vers le système digestif ; c'est ce qui se passe par exemple après les repas, où nous pouvons être un peu somnolents. Nous ressentons des émotions plus émoussées, ou plus orientées vers la tristesse ou la honte.

Le système parasympathique comporte une partie basse, qui joue un rôle notamment dans la sexualité, et une partie haute, le nerf vague. Faisons un « zoom » sur ce nerf vague : Stephen Porges¹, qui en a fait une analyse très fine, décrit une partie dorsale et une partie ventrale. La partie dorsale du nerf vague a la fonction très ancienne d'activer le système de défense de figement, soumission, ou « mort feinte », qui entraîne la « sortie par le bas » de la fenêtre de tolérance émotionnelle : quand les systèmes de combat et de fuite ne peuvent fonctionner et qu'un animal ne peut plus échapper à son prédateur, il « fait le mort ». On l'observe avec une souris attrapée par un chat : son cœur et sa respiration ralentissent considérablement, son corps est inerte, froid et mou. Cela a deux avantages : le chat peut détourner son attention et elle peut s'échapper ; et si ce n'est pas possible, elle est en grande partie anesthésiée et souffrira moins.

Nous avons hérité de ce système d'action, qui se manifeste dans l'évanouissement du « malaise vagal ». Dans les traumatismes graves, cette réaction de « mort feinte » se traduit par la soumission, qui a un avantage en termes de survie, mais est toujours une expérience d'impuissance très douloureuse, et souvent honteuse, pour les victimes. Elle augmente aussi le risque de troubles dissociatifs par la suite.

La « mort feinte »

Comme me le confiait Sandra, qui a été victime d'un viol : « Il y a un moment où j'ai déconnecté, il pouvait faire ce qu'il voulait, j'étais ailleurs, en dehors de mon corps ; mais, même si je sais dans ma tête que ça n'aurait fait qu'empirer les choses, je m'en veux beaucoup de ne pas m'être battue jusqu'au bout, comme si j'avais accepté. »

La partie ventrale du nerf vague, qui innerve surtout la tête et le cou (et le cœur), est beaucoup plus récente dans l'évolution, et permet une grande finesse dans l'expression émotionnelle et la communication. En interaction avec d'autres nerfs crâniens, elle module le diamètre de notre pupille, le degré d'humidité de nos yeux, la tension de nos paupières, de nos muscles faciaux et la coloration de notre visage, la tension des muscles qui commandent notre oreille moyenne et filtrent nos perceptions auditives, ainsi que la tension des muscles impliqués dans la vocalisation, et donc le timbre et la « chaleur » de notre voix.

Quand notre niveau d'activation sympathique et parasympathique est dans la fenêtre de tolérance, notre système vagal ventral fonctionne : nous sommes dans un état corporel et émotionnel que nous maîtrisons, même s'il y a une certaine intensité sur les bords de cette fenêtre ; nous avons alors un sentiment de sécurité suffisant, et nous sommes capables d'engagement relationnel. Je montre ce schéma (figure 6, p. 56) à mes patients pour leur expliquer qu'avec l'EMDR, nous cherchons toujours à travailler dans cette fenêtre de tolérance : il est important d'accepter d'« aller vers les bordures », avec un certain niveau de réactivation émotionnelle, mais notre cerveau ne retraitera bien les souvenirs traumatiques qu'à l'intérieur de cette fenêtre, où l'hippocampe et le cortex préfrontal restent actifs. Je les invite donc à garder toujours une partie d'eux-mêmes bien présente et observant leur état intérieur, et s'ils sentent que ça déborde, à faire le signal « Stop ! ». Cela nous permet de travailler efficacement et en sécurité.

Venons-en à la façon dont le cerveau traite les informations traumatiques

L'amygdale, petit noyau à l'avant de chaque lobe temporal, est une sorte de « sentinelle » de l'organisme : elle évalue en permanence nos perceptions de notre environnement, pour parer à un danger éventuel en activant notre système sympathique et nos systèmes de défense (figure 7, p. 57). Elle est active dès le début de notre vie, avant que l'hippocampe et le cortex préfrontal ne soient pleinement développés ; c'est pourquoi les traumatismes précoces ont un impact si important. Elle est stimulée par certaines perceptions mises en place par l'évolution (par exemple l'obscurité, ou la sensation de chute) et par toutes les perceptions que nous avons vécues lors de situations de danger, de sortie de notre fenêtre de tolérance, qui l'ont sensibilisée ; c'est ce qu'on appelle la « voie courte ». Joseph LeDoux² donne ainsi l'exemple d'une promenade en forêt, où nous voyons une forme qui ressemble à un serpent. La vitesse de réaction de l'amygdale permet que notre pied reste en l'air et évite un danger potentiel ; puis le cortex préfrontal analyse plus précisément la situation (c'est la « voie longue »), il nous transmet le message : « Pas de problème, ce n'est qu'un bout de bois », calme l'amygdale, et nous laissons notre pied se poser.

Deux exemples de conditionnement des peurs

Nous ne savons pas toujours ce qui déclenche la réaction de notre amygdale, ni pourquoi elle est sensibilisée. Une de mes patientes n'a ainsi compris qu'au bout d'un certain temps que ses attaques de panique étaient liées à la vue d'un homme coiffé d'une casquette (elle avait été abusée par un grand-père qui en portait toujours une). Une autre avait une phobie des oiseaux, et ce n'est qu'après quelques séances d'EMDR qu'elle a fait le lien avec un envol de corbeaux dans le square où elle avait été abusée. Pour compliquer encore les choses, des réactions de peur conditionnées peuvent être liées non seulement aux perceptions

du contexte où nous avons été traumatisés, mais aussi à celles du contexte où nous avons eu des attaques de panique (puisque celles-ci sont en elles-mêmes une angoisse de mort traumatisante).

Au cours d'une expérience traumatique, le très haut niveau d'activation « déconnecte » le thalamus et l'hippocampe, qui ne peuvent intégrer les différentes perceptions en un ensemble cohérent et situé dans le temps ; ainsi que le cortex préfrontal, qui ne peut mettre des mots et intégrer l'événement dans un récit de vie : c'est alors tout un réseau fragmenté de traces mnésiques (les images, sons, odeurs, émotions, sensations corporelles, et convictions que

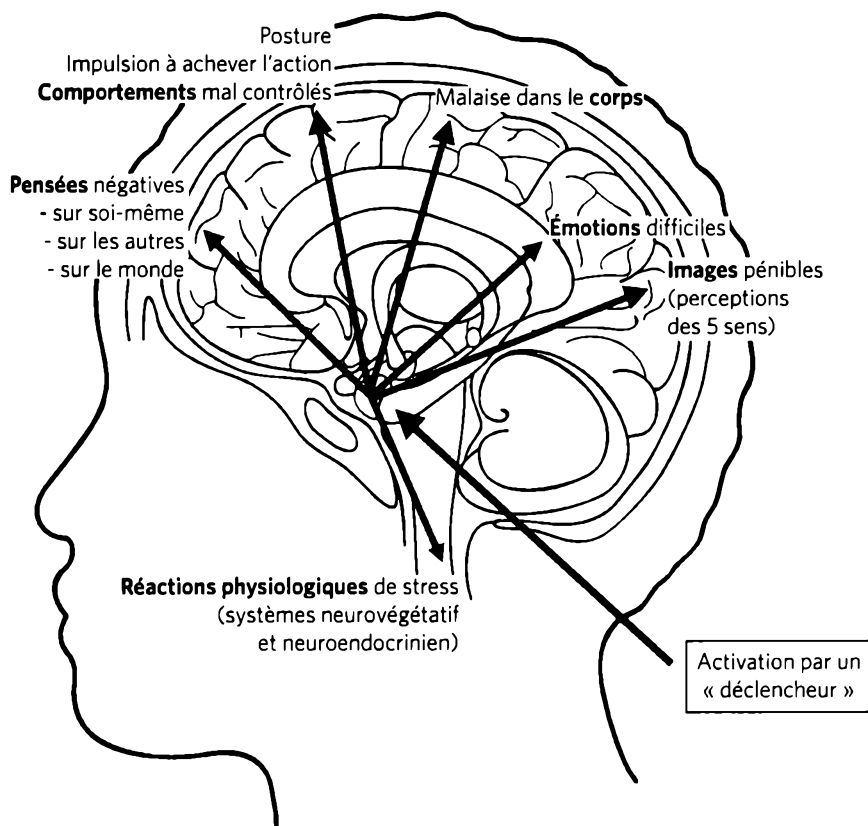


Figure 8. Le réseau de souvenirs traumatiques. Il peut être réactivé par une Perception en lien avec le trauma.

l'on en a tiré sur soi et le monde) qui restent déconnectées de notre raisonnement et de notre mémoire explicite ; ce sont comme des morceaux de puzzle ou des mines explosives ancrés dans notre mémoire implicite et notre cerveau émotionnel (figure 8), associés à l'amygdale plus qu'à l'hippocampe. Par la suite, quand une perception de notre environnement qui rappelle le trauma déclenche leur activation, nous sommes « replongés » dans une émotion débordante, des perceptions biaisées, des sensations corporelles pénibles, un sens de nous-mêmes négatif, et nous avons des réactions de défense impulsives.

Après l'Afghanistan

Prenons l'exemple de Mourad, qui a servi dans l'armée en Afghanistan : quand il entend un bruit brusque, comme une moto qui pétarade, il a le réflexe de plonger derrière une voiture, son cœur bat la chamade, il se sent en danger, et il lui faut quelques minutes pour réaliser que le présent est différent du passé traumatique.

Le syndrome de stress post-traumatique (SSPT) simple

Les critères de ce syndrome sont bien définis, et c'est dans cette situation que l'EMDR a une efficacité rapide (figure 6, p. 56).

La personne a vécu un trauma, a été confrontée à une menace pour sa vie ou son intégrité physique ; ou elle a été témoin de cela (c'est ce qu'on appelle le traumatisme vicariant, qui illustre bien le rôle de nos neurones miroirs). À côté de ces Traumas avec « grand T », il existe des traumas « petit t », comme un harcèlement ou des humiliations répétées, qui peuvent aussi provoquer des symptômes de stress post-traumatique.

Lors du choc initial, il y a un vécu de terreur, d'horreur, d'impuissance, avec ce qu'on appelle une dissociation péritraumatique

(altération des perceptions, focalisation extrême de l'attention ; perturbation de la conscience du temps, du contexte, des sensations ; défenses automatiques de sidération, panique, ou figement ; vécu de dépersonnalisation et de déréalisation).

Par la suite, plusieurs sortes de symptômes peuvent se développer, immédiatement ou parfois secondairement, après plusieurs mois :

- Des symptômes de reviviscence, où on revit des aspects du trauma, à travers des cauchemars, ou des flash-back, spontanés ou déclenchés par des perceptions rappelant l'événement ; il y a aussi des souvenirs intrusifs avec des émotions douloureuses, un fond anxieux plus ou moins permanent ; des ruminations, et parfois des rituels pour les tenir à distance. Ces symptômes sont liés à une hyperactivation ou surstimulation du système sympathique qui se manifeste par une hypervigilance anxieuse, des réactions de sursaut, des troubles du sommeil, une irritabilité et parfois des accès de colère.
- Il y a aussi des symptômes d'évitement de tout ce qui peut réactiver le stress, des réactions phobiques – au pire on sort de moins en moins de chez soi – ; une fatigue physique et psychique, des troubles de concentration et de mémoire, des pensées négatives, une humeur souvent triste.

Ces symptômes sont liés à l'hyperactivation parasymphatique.

La personne ressent une difficulté globale à réguler ses émotions et a beaucoup de mal à rester dans sa fenêtre de tolérance.

L'évolution peut être favorable spontanément, le cerveau a des mécanismes de « cicatrisation », mais si vous êtes dans ce cas, je vous encourage à vous faire aider avec l'EMDR, qui est efficace dès la phase précoce des troubles. En effet, le risque est l'installation des symptômes dans la durée et la survenue de complications. Les symptômes de reviviscence sont parfois moins au premier plan, mais un fond anxiodépressif persiste, avec une baisse générale de motivation et une altération des relations avec l'entourage. La personne a du mal à comprendre que son mal-être dure, et l'injonction : « Secoue-toi, arrête de penser à ça, c'est du passé, passe à autre chose ! » suffit rarement à la traiter... Elle a parfois recours à l'alcool ou à d'autres

toxiques pour tenter de calmer ses émotions débordantes. À moyen terme, cette spirale d'enchaînements renforce le sens de soi négatif qui a été associé au vécu traumatique, et peut retentir sur la personnalité et la trajectoire de vie.

Sortir de l'engrenage

Jérémie, 16 ans, qui a un jeune frère souffrant d'un handicap mental, était parti dans un engrenage de bagarres répétées et risquait d'être renvoyé de son lycée. Il n'évoquait pas de souvenir traumatique, mais ses comportements agressifs étaient particuliers, en décalage avec le fond de sa personnalité plutôt sympathique (sa mère disait : « Il se prend alors pour un personnage autre que lui »). Ce qui déclenchait les bagarres était les moqueries, en particulier celles concernant le handicap. « Sur ça, j'ai peur de rien », disait Jérémie, ce que j'entends comme : « Je suis en mode réflexe et mon cortex n'a rien à dire. »

En repérant où il sentait cette colère (dans le ventre), je lui ai demandé de rester connecté à cette émotion de colère et cette sensation dans le ventre, de se laisser flotter dans le passé et de noter quand il avait déjà ressenti cela. Plusieurs situations récentes lui sont revenues (moqueries sur son frère, ou sur un autre enfant handicapé, conflits avec son père), la plus chargée d'émotion étant un conflit parental deux ans auparavant : son père, habituellement équilibré, s'était alcoolisé et avait eu un conflit violent avec sa mère. Nous avons désensibilisé ce souvenir, puis pendant les autres séances (six en tout), il est passé d'un vécu de rage et d'impuissance à : « Je suis capable de passer cette épreuve », « Je peux trouver des mots pour me faire comprendre », « Je peux rester en mode normal et laisser le mode agressif de côté », « Je peux être juste ».

J'ai eu de ses nouvelles huit ans après, il n'avait plus eu de problèmes de comportement et s'était orienté vers un travail dans la relation d'aide.

Le stress post-traumatique complexe, les troubles dissociatifs et leur lien avec les troubles de l'attachement

Le stress post-traumatique complexe

Quand une personne vit des traumatismes répétés, en particulier dans l'enfance (mais cela vaut également pour certains traumatismes de guerre, ou de torture), elle est très souvent hors de sa fenêtre de tolérance (figure 9) et peut avoir de nombreux symptômes, au-delà des symptômes post-traumatiques typiques.

Sa difficulté à réguler ses émotions et comportements est importante : elle a des crises de rage ou d'angoisse, avec peu de capacité de contenance et d'autoapaisement, et des passages à l'acte agressifs ; elle peut aussi retourner l'agressivité contre elle-même, avec des tentatives de suicide ou des scarifications (ces dernières peuvent aussi lui permettre de sortir d'un effondrement anesthésié, ou d'objectiver

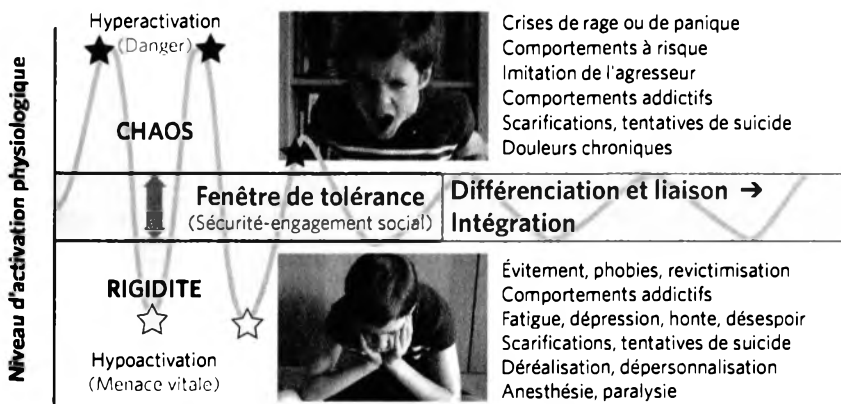


Figure 9. SSPT complexe et fenêtre de tolérance. Plusieurs réseaux de traumatismes sont souvent activés : un vécu de chaos et des réactions défensives de rigidité s'opposent à l'intégration des états du moi. (D'après Siegel, 1999.)

à l'extérieur la souffrance et le « mal » ressentis à l'intérieur). Ses capacités d'attention et de concentration sont diminuées, elle est tellement parasitée par des résonances du passé qu'elle a du mal à être pleinement présente. Pour tenter de s'apaiser, elle recourt parfois à la boulimie ou à d'autres addictions.

Son sens de soi est perturbé : elle a souvent une dépression de fond et un manque de base existentielle solide, avec des vécus de honte, d'absence de valeur, de profonde solitude.

Ses relations aux autres sont problématiques : elle a du mal à réguler la distance relationnelle (avec une oscillation entre des vécus de fusion ou d'emprise, et d'abandon), et à faire confiance avec discernement. Cela peut la conduire à répéter des relations traumatiques de revictimisation ou de violence, avec parfois l'imitation de l'agresseur. Je reviendrai plus loin sur ces symptômes troublants, mais cela nous sera plus facile après avoir approfondi la notion de troubles dissociatifs.

Dans le trouble de la personnalité limite ou « borderline », on observe des clivages entre différents modes de fonctionnement, comme si différentes facettes de la personne étaient très différentes. Elle peut avoir par exemple un fonctionnement très adapté dans sa vie professionnelle, mais des réactions émotionnelles extrêmes et des comportements inadaptés dans ses relations affectives.

Les deux facettes de Myriam

Myriam est une éducatrice spécialisée très compétente et investie dans son travail ; elle vient me consulter pour une grande souffrance dans sa vie affective. Elle a une telle avidité de se sentir intéressante qu'elle cherche toujours à attirer le désir d'un homme et se laisse immédiatement embarquer dans une relation sexuelle, pour réaliser le lendemain qu'il n'a pas du tout le projet de s'engager dans une relation durable. Elle se sent alors sans valeur, pleine de honte, et parfois tellement vide ou effondrée qu'elle se scarifie ou fait une crise de boulimie.

Myriam a eu un attachement précoce désorganisé : il est tellement réactivé, face à un enjeu affectif, qu'elle n'arrive plus à intégrer

son expérience, sa raison, ses émotions et ses impulsions, pour construire peu à peu une relation satisfaisante.

Cette histoire nous montre quelque chose d'essentiel sur nous-mêmes : selon le contexte relationnel dans lequel nous nous trouvons, nous activons de façon préférentielle certains réseaux de représentations : un état corporel et émotionnel, un sens de soi, une vision de ce que nous pouvons attendre des autres, une réaction impulsive ou une action réfléchie. Et certaines situations réactivent des réseaux liés à des expériences douloureuses de l'enfance, profondément inscrits dans notre mémoire implicite, qui prennent alors les commandes de notre comportement.

Nous pouvons nous percevoir comme un soi unique, mais différents systèmes motivationnels peuvent être en conflit et nous pousser à des comportements peu cohérents. Notre unification est en fait un travail d'intégration qui se poursuit tout au long de notre vie : à partir de toutes les « archives » de nos expériences vécues, des images de nous-mêmes en relation avec des personnes importantes, nous remodelons régulièrement notre vision de nous-mêmes, le récit de notre histoire, et nos anticipations pour l'avenir.

Les troubles dissociatifs

Une forme dite dissociative du stress post-traumatique a été récemment reconnue : elle concerne 14 à 35 % des personnes ayant un syndrome de stress post-traumatique, et surtout celles qui ont subi des violences physiques et/ou sexuelles répétées dans l'enfance³.

Rappelons que, face au danger, nous activons, en plus des systèmes de défense archaïques (sidération, combat, fuite, ou « mort feinte », figure 5, p. 50), le système de l'attachement : celui-ci est la voie principale qui permet de terminer l'activation des autres systèmes de défense et de « digérer » la plupart des traumatismes (comme pour un enfant qui a eu très peur et s'est fait mal, et est apaisé par un gros câlin de sa maman). Il y a donc pour les enfants une

difficulté majeure dans les situations d'attachement désorganisé, où un parent est agressif ou simplement non fiable car lui-même effrayé, abdiquant ou négligeant. Plusieurs systèmes d'action antagonistes sont alors activés : le système de l'attachement pousse à aller vers le parent, mais les systèmes de défense poussent à le fuir ; le cerveau ne peut les coordonner, et cela conduit à un clivage entre ces systèmes, qui peut aller jusqu'à différentes formes de dissociation⁴. Ces schémas continuent à se jouer à l'âge adulte, et l'attachement désorganisé est le principal facteur de risque de développer un syndrome de stress post-traumatique après un événement traumatique.

La classification internationale des maladies (*CIM 10*) définit ainsi la dissociation : « Perte partielle ou totale de l'intégration normale de la mémoire du passé, de la conscience de soi, des sensations immédiates, ainsi que du contrôle des mouvements du corps ». Pierre Janet avait décrit dès 1889 la « dissociation de conscience » comme une incapacité à intégrer l'expérience traumatique, par le fait de ressentir trop ou trop peu. Cette notion a été récemment reprise et approfondie par la théorie de la « dissociation structurelle de la personnalité⁵ », définie comme « un manque d'intégration parmi deux ou plusieurs sous-systèmes psychobiologiques de la personnalité, ces sous-systèmes endossant chacun un sens de soi au moins rudimentaire ».

Ce phénomène peut se manifester par :

- *A minima*, une coupure de ses émotions.
- Des expériences de déréalisation (percevoir le monde comme irréel, comme dans un rêve ou dans le brouillard) et dépersonnalisation (se sentir déconnecté de son corps). Une patiente me dira ainsi : « J'étais à côté et je voyais ce qu'il faisait avec mon corps, mais ça ne me concernait pas » ; certaines personnes ont la sensation permanente d'être spectateur de leur vie, de ne pas avoir complètement leur place dans le présent, d'être toujours à côté des événements, ou d'être illégitime et inadapté dans leur relation aux autres.

- Le stress post-traumatique simple peut être considéré comme une dissociation primaire de la personnalité. Comme l'exprimait bien Jérémie (chapitre 3, p. 64), c'est comme si une partie émotionnelle de la personnalité (ou PE) réagissait en dehors de la fenêtre de tolérance, parce qu'elle était prise dans des reviviscences du souvenir traumatique et un système de défense mal contrôlé (réactions de figement, de fuite ou d'agression). Le reste de la personnalité (qu'on appelle « personnalité apparemment normale » ou PAN) est engagé dans les tâches de la vie quotidienne et l'adaptation sociale : comme elle a peur d'être débordée par ces irrptions de la partie émotionnelle et de perdre le contrôle, elle privilégie des comportements d'évitement et se coupe de certaines émotions et sensations.

- On peut aussi voir des troubles dissociatifs moteurs (paralysie d'un membre, ou mutisme, sans atteinte neurologique) ou sensoriels (cécité, ou anesthésie partielle, parfois par exemple absence de sensations génitales ; ou au contraire un excès de certaines sensations, et certaines douleurs chroniques relèvent de ces troubles ; certaines hallucinations auditives viennent aussi d'une partie dissociée⁶) ; une amnésie de certaines périodes (notamment de certains traumas de l'enfance), et parfois une fugue dissociative, où la personne ne se rappelle plus ce qu'elle a fait.

- Le stress post-traumatique complexe peut être compris comme une dissociation secondaire, où il y a plusieurs parties émotionnelles (PE), correspondant à différents systèmes de défense non intégrés (figures 10 et 11) : certaines ont des défenses passives (sidération ou soumission, « mort feinte ») et d'autres des défenses actives (panique, agrippement, combat, fuite) ; il y a aussi parfois une partie émotionnelle qui imite l'agresseur, nous y reviendrons.

On a même pu mesurer des données physiologiques différentes pour des parties dissociées (conductance de la peau, pouls, tension artérielle, ainsi que débits sanguins cérébraux au PET-scan) lors de la lecture du récit du trauma : la PAN réagit de façon neutre, a plus d'activations des régions préfrontales médianes (suppression

de l'émotion) ; la PE a une forte activation émotionnelle et physiologique et a davantage d'activations dans l'amygdale, l'insula et les cortex somato-sensoriels⁷.

- Au plus fort, on peut observer un « trouble dissociatif de l'identité » (ou personnalité multiple), très rare, où la PAN elle-même est dissociée (dissociation tertiaire).

Ce que la dissociation permet de mieux comprendre

La dissociation a d'abord, lors des événements traumatiques, une fonction positive, et même vitale, pour protéger d'une confusion et d'un chaos ingérables par le cerveau ; mais pourquoi persiste-t-elle par la suite, alors qu'elle perturbe l'intégration de la personnalité et son adaptation aux situations présentes ? C'est que les différentes parties de la personnalité sont en conflit et ont peur les unes des autres (sur la figure 10, les zones de conflit interne sont symbolisées par des éclairs) : la personnalité apparemment normale sent bien

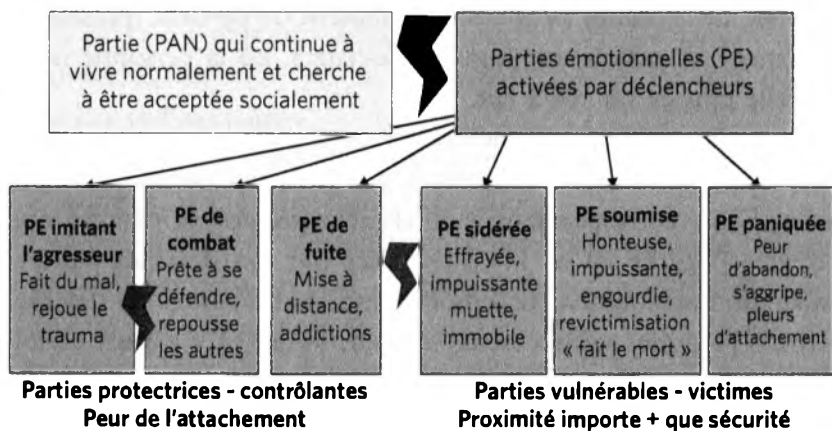


Figure 10. SSPT complexe et dissociation : les parties de la personnalité. Quand plusieurs états du moi, associés à divers systèmes de défense, ne peuvent être intégrés du fait d'interactions trop chaotiques, différentes parties de la personnalité sont en conflit et se dissocient.

qu'elle n'est pas « entièrement elle-même », qu'il lui manque un sentiment de résonance vitale, mais a peur de perdre le contrôle et d'être débordée ; les parties émotionnelles de la personnalité se vivent comme dans le passé, comme des enfants qui ont peur de ne pas être acceptés, et même d'être niés et rejetés ; parfois aussi elles sont marquées par la honte, ou sidérées par l'interdit de parler imposé par les abuseurs.

L'enfant de la nuit

Marilyn Van Derbur⁸ a témoigné de façon très émouvante de son expérience de survivante à des abus sexuels répétés et de cette dissociation d'avec une partie émotionnelle qu'elle appelle l'« enfant de la nuit » : « L'enfant de la nuit avait respecté sa part du contrat. Elle « avait tout pris » jusqu'à ce que je sois assez forte, assez en sécurité, pour revenir la sauver. Et maintenant, au lieu de ressentir de la gratitude pour son sacrifice, je la méprisais et je la blâmais. »

Il y a aussi un conflit entre les différentes parties émotionnelles de la personnalité qui sont associées à des systèmes d'action antagonistes : certaines privilégient l'attachement, la proximité (au risque de s'exposer au danger d'être violentées), on les appelle « PE vulnérables » ; et d'autres, les PE « protectrices », privilégient la protection et le contrôle, et ont peur des relations d'attachement. On peut le schématiser dans la contradiction suivante qui est activée lors de relations affectives : « Suis-moi, je te fuis » (PE protectrice) – « Fuis-moi, je te suis » (PE vulnérable qui s'agrippe). Cela explique les réactions de certaines femmes battues qui retournent auprès d'un conjoint violent. Suite aux violences, leur partie émotionnelle protectrice les pousse à fuir ; mais quand elles sont à distance et que leur système de l'attachement est réactivé, leur part émotionnelle vulnérable ressent l'angoisse de la solitude et de l'abandon et « prend le devant de la conscience » : cette part oublie ou dénie la gravité du danger, et ne ressent que l'impulsion

à retrouver le lien. Cela explique des comportements que l'on peut percevoir comme paradoxaux.

Nous pouvons aussi un peu mieux comprendre les phénomènes de *revictimisation* : en effet, l'abus sexuel dans l'enfance est associé à une plus grande fréquence de relations sexuelles multiples, non protégées, de viols et de violences conjugales. Cela est lié à l'inscription de schémas dysfonctionnels associés à un sens de soi altéré (« Je suis sale, sans valeur » ; « Je ne mérite pas le respect ») ; et sans doute aussi à ce que Janet avait déjà décrit (après la guerre de 1914-1918 !) au sujet des phénomènes de répétition : « Les patients traumatisés poursuivent l'action, ou plutôt la tentative d'action, qui a commencé lorsque l'événement s'est produit, et ils s'épuisent dans ces perpétuels recommencements. » Il en est de même pour les flash-back, tout se passe comme si notre cerveau réactivait un réseau de souvenirs dysfonctionnels pour tenter enfin de le digérer, de trouver une issue positive, mais la charge émotionnelle trop forte en empêche la résolution.

La petite voix intérieure

Myriam, prise dans la répétition de relations sexuelles sans lendemain, me disait ainsi : « Une petite voix me dit que c'est une connerie, mais face à un certain type d'hommes, c'est plus fort que moi, j'y vais en me disant que cette fois-ci je vais compter pour lui... »

Venons-en maintenant à la *reproduction de la maltraitance* : parmi les adultes maltraitants, environ 40 % des hommes ont été maltraités ; et presque 100 % des femmes⁹. Attention, cela ne veut pas dire que tous les enfants maltraités deviendront des adultes maltraitants ! Cela ne sera le cas que pour une minorité, 5 à 12 %. Certaines personnes ayant vécu des traumatismes de l'enfance souffrent de « phobie d'impulsion », ils ont peur de ne pas se contrôler et de faire du mal à un enfant ; on peut dire qu'une partie

émotionnelle de leur personnalité imite l'agresseur, et est en très fort conflit avec le reste de leur personnalité. Voici comment je tente de comprendre ces patients : quand un enfant est dans un vécu d'impuissance et de confusion complet, l'agresseur peut apparaître comme celui qui seul a du pouvoir, celui dont la survie dépend, et s'identifier à lui peut représenter un mécanisme de survie (on a décrit cela chez des otages comme le « syndrome de Stockholm »). Au niveau cérébral, la fenêtre de tolérance serait alors « écrasée » entre l'activation des systèmes de combat et de soumission, entre la rage et la « mort feinte » (figure 11) ; on peut imaginer que la dissociation « éteint » une bonne partie des neurones, mais que les neurones miroirs (voir en annexe) restent activés par le fait de voir l'agresseur agir, et créent ce réseau de souvenirs dysfonctionnels. L'expérience montre en tout cas (voir les exemples au chapitre suivant) que cette partie émotionnelle imitant l'agresseur est comme une carapace, ou un masque très menaçant, qui recouvre une profonde détresse et une grande vulnérabilité.

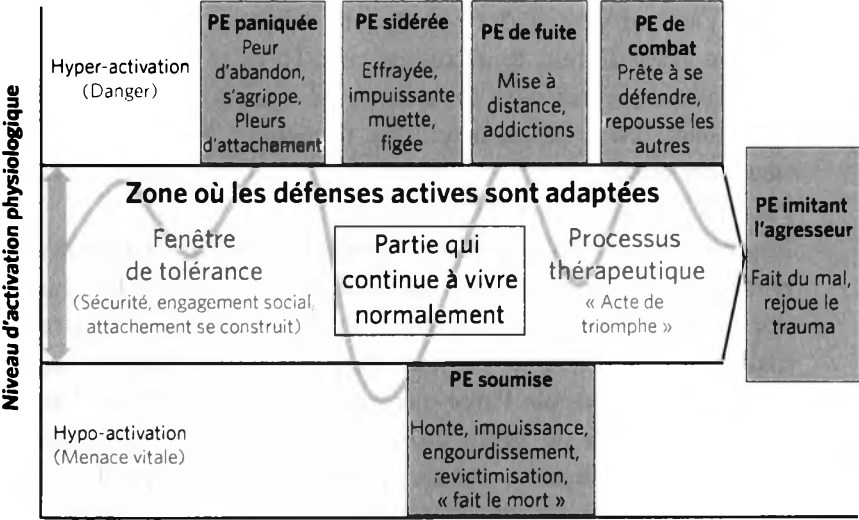


Figure 11. Synthèse : fenêtre de tolérance et intégration. (D'après Siegel, 1999.)

Le « reparentage » de la « petite Élodie »

Voici la lettre très émouvante écrite par Élodie, avec qui nous avons travaillé en utilisant l'EMDR pour des troubles liés à une personnalité limite. Son père a été violent physiquement envers sa mère, son frère et elle-même lorsqu'elle était petite fille, avant de disparaître quand elle avait 4 ans.

Cet exemple illustre bien les mécanismes de la dissociation, puis l'émergence de la communication empathique et du « reparentage » par la partie de la personnalité adulte (« maman Élodie ») de la partie émotionnelle (la « petite Élodie », qui s'exprime dans la lettre) :

« Maman Élodie,

Je te remercie d'être là, enfin.

Je suis si seule. Prends-moi par la main, prends-moi dans tes bras, serre-moi fort. Ils m'ont fait si mal. Je n'ai rien dit, mais j'espérais qu'ils comprendraient. Qu'ils m'entendraient. Je ne voulais pas pleurer, pour ne pas agrandir le malheur. Il était déjà si grand, si noir, si effrayant. Je pensais qu'en me taisant, en serrant très fort mes poings et mes dents, il finirait par disparaître. Mais ça n'a pas marché.

Alors j'ai tant besoin de toi. Que tu m'aimes et me protèges. Tu n'as cessé de fuir, tout comme eux. Tu m'as laissée seule. Tu m'as laissée pleurer dans le noir, tu ne voulais pas m'entendre. Tu voulais que je disparaisse. Que je meure ! Mais si je meurs, tu meurs aussi !

Pourquoi vous faites tous semblant !

Pourquoi vous vous conduisez comme des enfants ! Comme des enfants, non. Car les enfants ne mentent pas. Pas sur les choses importantes. C'est vous qui nous apprenez à mentir, à faire le mal. Moi je n'ai que de l'amour dans mon cœur. De l'amour et une immense tristesse. Parce que maman est triste. Triste d'avoir cru à l'amour et de s'être fourvoyée. Triste de se retrouver si démunie, si faible, avec de tout petits êtres à protéger.

Mais aujourd'hui les choses ont changé. Maman est forte. Et toi (*NB maman Élodie*) tu es là. Tu es belle et intelligente. Tu peux prendre soin de nous. J'ai confiance en toi. Je vois

tous les efforts que tu fais. Si on reste toutes les deux, soudées comme les doigts de la main, enracinées dans la vie comme l'arbre du jardin, rien ne pourra nous abattre. Même s'ils nous disent malades, nous rebourgeonnerons au prochain printemps. Ne laisse personne nous abattre de nouveau !

Ne les écoute plus. Reste avec moi. Toi et moi, serrées l'une contre l'autre, nous regarderons le ciel infini et nous donnerons des fleurs et des fruits, années après années, contre vents et marées, quel que soit le temps, qu'il grêle ou qu'il vente, que le ciel enrage et jette sur la terre des pierres de diamant, des déluges à faire pâlir les océans.

Si tu me tiens par la main, si tu m'aimes, si tu me vois, je sais que plus rien ne nous arrivera.

Aime-moi, aime-moi de tout ton cœur je t'en prie, et nous pardonnerons à tous ceux qui pèchent par faiblesse, et nous dormirons chaque nuit d'un sommeil parsemé de rêves, d'étoiles filantes et d'arc-en-ciel. Je t'aime. (*signé*) petite Élodie. »

CHAPITRE 4

Guérir avec l'EMDR

« La pulsion de guérison est réelle et puissante, et elle se trouve chez le patient. Notre travail est d'éveiller ce pouvoir de guérison, de soutenir ses tentatives, répondre à ses besoins, et de l'aider à s'exprimer et à se développer. Nous ne sommes pas des guérisseurs. Nous sommes le contexte dans lequel la guérison est encouragée¹. »

L'EMDR

Nous arrivons maintenant au cœur de ce qui a révolutionné ma pratique de psychiatre et psychothérapeute.

Sa validation scientifique

La démarche scientifique, qui a été à la base de la création de l'EMDR, a permis que soient rapidement conduites de nombreuses recherches : sa validation est très solide, ce qui n'est pas fréquent dans le champ des psychothérapies. En ce qui concerne le syndrome de stress post-traumatique, huit méta-analyses² (qui synthétisent les résultats des études rigoureuses) montrent son efficacité, bien meilleure que celle des médicaments. Une autre psychothérapie

est reconnue efficace, la thérapie comportementale centrée sur le trauma, mais elle est très exigeante pour les patients, et beaucoup l'interrompent ; comme le souligne l'OMS³, contrairement à cette thérapie, l'EMDR n'implique ni description détaillée de l'événement, ni remise en question directe des croyances, ni exposition prolongée au souvenir traumatique, ni réalisation de tâches entre les séances.

La société internationale pour l'étude du stress traumatique a recommandé l'EMDR dès 2000 ; les recommandations officielles des organismes de santé publique nationaux sont venues ensuite successivement : en 2002 en Israël, en 2003 en Irlande du Nord, en Norvège et aux Pays-Bas, en 2004 aux États-Unis, en 2005 en Grande-Bretagne ; en France, après l'étude de l'INSERM de 2004⁴, il a fallu attendre jusqu'en 2007 les recommandations de la HAS (Haute Autorité de santé)⁵ ; enfin la reconnaissance par l'OMS⁶ en 2013 a été essentielle, en particulier pour tous ceux parmi nous qui interviennent dans un contexte humanitaire, car c'est à elle que les ONG se réfèrent pour évaluer la crédibilité d'une intervention.

En quoi consiste l'EMDR ?

Son objectif est de « redigérer », retraiter les souvenirs traumatiques, qui sont stockés de façon dysfonctionnelle dans la mémoire et entraînent des symptômes, pour qu'ils deviennent des souvenirs ordinaires. Un événement traumatique restera un mauvais souvenir, mais il ne sera plus comme une « mine » émotionnelle qui risque d'exploser dès qu'un déclencheur du présent vient la réactiver ; et surtout il ne sera plus associé à un sens de soi négatif, qui nous présente comme sali, coupable, faible, impuissant, nul, toujours en danger...

Pour cela nous devons accéder au souvenir traumatique et le réactiver, tout en accompagnant le patient de façon sécurisante pour qu'il reste dans sa fenêtre de tolérance ; puis nous le guidons avec

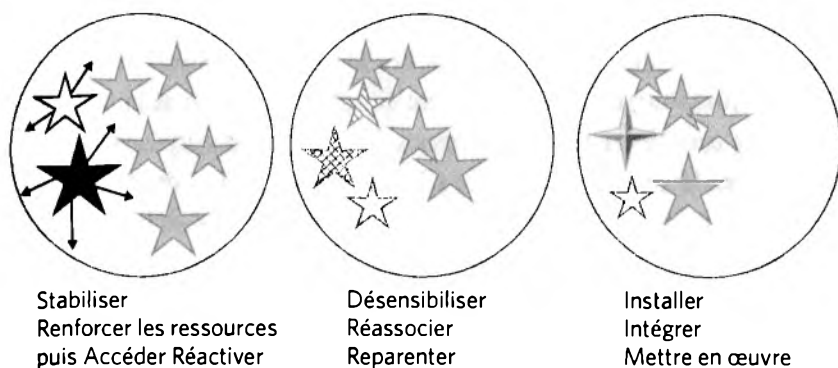


Figure 12. La thérapie EMDR : mise en place d'un traitement adaptatif de l'information (TAI) dans la fenêtre de tolérance. L'objectif est de ne plus avoir des symptômes, mais un souvenir situé dans le passé et dont on a appris quelque chose d'important.

les doigts pour faire des mouvements des yeux de droite à gauche (on peut utiliser d'autres stimulations bilatérales alternées par des sons, des tapotements sur les genoux, mains ou épaules, etc.). Cette approche stimule un travail associatif et diminue peu à peu la charge émotionnelle du souvenir : il se remet à sa juste place dans le passé, se relativise, et une image positive de la personne se restaure. Elle gardera même souvent un apprentissage important de cette expérience : une profondeur d'humanité, une compassion pour ceux qui souffrent, une remise en perspective de ses valeurs et de ses relations, que je symbolise par l'étoile à quatre branches sur la partie droite de la figure 12.

Si nous tentons de traduire cela en termes de fonctionnement cérébral, cela revient à identifier les réseaux neuronaux correspondant à ces souvenirs dysfonctionnels, qui ont une liaison trop forte à l'amygdale (les étoiles noire et blanche sur la figure 12) ; leur activation permet alors un processus de « reconsolidation », c'est-à-dire que les connexions synaptiques entre ces neurones se remobilisent, et peuvent se réassocier avec d'autres, correspondant à des souvenirs plus positifs⁷ (les étoiles grisées sur la figure 12). Le patient reste dans sa fenêtre de tolérance et il peut alors retraiter

le souvenir *via* l'hippocampe, en mobilisant les ressources de son cortex préfrontal. Nous aurons alors la joie d'assister à un « acte de triomphe », comme disait Pierre Janet, c'est-à-dire à la transformation d'un réseau de procédures inadaptées : le corps passe d'un état dérégulé à un état régulé ; la personne passe de réflexes de défense automatiques inefficaces à une capacité de défense active adaptée, en pleine conscience ; et d'une perception de soi altérée à un sens de soi positif.

La présence du thérapeute, sa capacité d'accordage au patient pour l'aider à réguler ses émotions, son attention à la fluidité du processus associatif et son aide à contourner les blocages sont essentiels. Le protocole de l'EMDR donne un cadre structurant et sécurisant, mais c'est tout sauf un processus « froid ». Nous sommes dans le registre d'un « savoir être », qui est un des facteurs essentiels de toute psychothérapie, et en même temps nous mettons en œuvre une méthode vraiment opérante sur le cerveau, comme si nous lui permettions de relancer un processus de cicatrisation bloqué.

La thérapie se déroule en plusieurs phases

PHASE 1 : LE RECUEIL DE LA DEMANDE ET DE L'HISTOIRE DU PATIENT

Qu'est-ce qui le gêne dans sa vie ? Que désire-t-il changer ? Il est toujours utile de poser des questions orientées vers les solutions : à quoi verra-t-il qu'il a atteint ses objectifs de changement ? Qu'est-ce qui aura changé dans sa manière d'être ? Que sera-t-il capable de faire ?

Nous évaluons aussi son contexte de vie pour voir quels aspects du système doivent être pris en compte, voire intégrés à la thérapie⁸. Par exemple, si une famille a subi un même traumatisme, nous verrons d'abord les parents ; puis, quand ils seront stabilisés, ils seront nos cothérapeutes lors du traitement de leurs enfants. De même lors du deuil traumatique d'un parent, nous traiterons d'abord le conjoint endeuillé avant de bénéficier de son aide pour

traiter ses enfants. Dans une situation de violence conjugale, il faudra souvent s'appuyer sur l'intervention de la justice ; mettre en place le traitement de l'agresseur ; parallèlement, le traitement du parent victime, puis de son/ses enfants ; enfin parfois une thérapie du couple s'il choisit de continuer la vie commune ; et plusieurs thérapeutes seront concernés. Vous trouverez plus loin d'autres exemples d'interventions EMDR prenant en compte la dimension familiale, où nous suivons toujours le principe directeur suivant : tout ce qui améliore les ressources d'attachement améliore la résilience face au trauma.

Traumatisme familial après une agression

La famille B a subi l'agression de trois hommes cagoulés à son domicile. Maltraité, le père a dû leur remettre le contenu de son coffre en présence de ses deux enfants, Jordan, 10 ans et Ethan, 5 ans. Je reçois d'abord les deux parents, quinze mois après les faits.

Le père a eu pendant quelques mois un état de stress post-traumatique, qui s'est spontanément résolu après l'arrestation des agresseurs. La mère (bien qu'elle ait été absente au moment des faits) garde un syndrome de stress post-traumatique (ce qu'on appelle un trauma « vicariant », quand on est exposé au vécu traumatique de proches). Je commence donc par retraiter ce trauma avec elle en trois séances à l'issue desquelles elle conclut : « Ça m'a rendue plus forte, je suis capable d'en tirer un bien ; je vais en profiter pour traiter ma problématique » (elle a une souffrance et des antécédents psychiatriques à l'adolescence liés à des ruptures précoces des liens d'attachement ; nous convenons de traiter cela plus tard, après avoir traité les enfants).

Lors d'un rendez-vous familial, j'évalue les enfants, qui ont tous deux des symptômes post-traumatiques (Jordan a des crises d'agressivité – « Quand on est un méchant, on n'a peur de rien » – et Ethan a des troubles anxio-dépressifs). Je leur explique la thérapie et les aide à installer un « lieu sûr » (voir la phase 2, p. 84) : ils le dessinent, et font eux-mêmes du *tapping* sur

leurs épaules en croisant les bras – on appelle cela le « câlin du papillon » –, la maman aidant le plus jeune.

Puis le père fait un récit de l'histoire, en soulignant l'issue positive et les contributions de chacun. Enfin chaque enfant dessine l'image du pire moment, fait le câlin du papillon jusqu'à ce que l'image change (la maman aidant le plus jeune si besoin) ; il dessine alors la nouvelle image, etc.

Nous ferons ensuite six séances avec la mère et les deux enfants : les symptômes post-traumatiques disparaîtront, et ils arriveront à formuler de nouvelles cognitions positives : « C'est du passé, on s'en est bien sorti. C'est comme si mon corps était lavé, vidé » (Jordan) ; et « Je suis en sécurité dans ma maison » (Ethan).

Nous recueillons l'histoire personnelle et familiale, à la fois pour connaître les antécédents médicaux et psychiatriques, et pour rechercher des zones d'ombre, de secrets, de répétitions douloureuses. À travers le récit que la personne fait de son histoire, nous nous faisons une première impression de son état d'esprit concernant ses premiers attachements. Il y a bien sûr un diagnostic à envisager, et parfois un traitement médicamenteux est nécessaire. Ce dernier sera souvent temporaire, il permettra une stabilité suffisante pendant le travail psychothérapique, mais devra être arrêté dès que possible.

Le lien entre les symptômes et un événement traumatique est parfois évident, et les patients viennent alors souvent d'eux-mêmes demander une thérapie EMDR. Mais ce levier thérapeutique est tellement puissant que, quels que soient les symptômes qui motivent leur demande, je cherche avec eux ce qu'on appelle un « souvenir source ».

Le souvenir caché d'Aline

Aline, 18 ans, est venue à la suite d'une consultation chez un urologue pour des infections urinaires à répétition. Celui-ci a senti à juste titre une souffrance psychique, car il apparaît vite à l'entretien un problème majeur : Aline a des « crises de nerfs » fréquentes, déclenchées par des motifs mineurs, au cours des-

quelles elle frappe sa mère ; il lui est même arrivé de la menacer avec un couteau de cuisine.

Je lui demande de se connecter à ce dernier souvenir et à ce qui a déclenché cette réaction de rage :

A [Aline] – « Quand ma mère m'a emprunté un chemisier, j'ai crié qu'elle le faisait toujours et que moi je ne pouvais jamais rien lui emprunter ; elle m'a alors dit que je mettais une mauvaise ambiance et devrais envisager de partir de la maison, alors j'ai vu rouge.

T [thérapeute] – Quand vous revoyez la scène, et ce que vous ressentiez alors, quels sont les mots négatifs sur vous-même qui vous viennent à l'esprit ?

A – Elle s'en fout de moi, je suis incomprise, pas aimée, rejetée.

T – Et où ressentez-vous cela dans le corps ?

A – Comme un grand vide dans le ventre, ça fait mal.

T – Restez avec ces mots : je suis incomprise, pas aimée, rejetée, avec l'émotion de rage que vous ressentez, et avec ce grand vide douloureux dans le ventre... ; et imaginez que vous flottez en arrière dans le passé : à quel moment avez-vous déjà ressenti cela ?

A – À 4 ans, j'allais chez une nourrice qui me maltraitait, m'enfermait dans le noir, me disait que ma mère ne reviendrait pas. Une fois où j'avais fait pipi dans ma culotte, elle m'a humilié devant tout le monde en baissant mon pantalon. »

La mère confirme et se rappelle qu'à l'âge de 8 ans, après être passée devant cette maison avec beaucoup d'angoisse, Aline s'était jetée sur elle en lui reprochant de ne pas l'avoir protégée. Elle lui avait alors raconté que si elle ne finissait pas son assiette, cette nourrice la tirait par les cheveux dans la cave en lui disant : « Ta maman ne t'aime plus, elle ne reviendra plus. » Elle avait d'ailleurs gardé une relation conflictuelle à la nourriture, avec une « crise d'anorexie » en classe de quatrième.

Nous élaborons ainsi ce qu'on appelle un « plan de ciblage » en identifiant les différents souvenirs traumatiques reliés au même réseau d'expériences dysfonctionnelles. En règle générale, on les traite en partant du plus ancien vers le plus récent, puis on travaille

sur les déclencheurs actuels, et enfin sur un « scénario du futur », pour installer une perspective de réaction adaptée face au même type de situation.

Avec Aline, nous avons traité en priorité le souvenir de la nourrice à 4 ans, c'est clairement celui-ci qui alimentait un réseau d'émotions débordantes et une image négative d'elle-même et de sa mère. Puis la situation à 8 ans ; la crise d'anorexie en quatrième ; la crise de violence récente avec sa mère ; un scénario du futur, où sa mère lui ferait un reproche ; enfin l'appréhension du bac qui la stresse énormément, réactive à la fois un doute sur elle-même (« Je suis nulle ») et l'appréhension d'aller vers l'autonomisation.

PHASE 2 : LA PHASE DE PRÉPARATION AIDE LE PATIENT À RENFORCER SES RESSOURCES DE RÉGULATION ÉMOTIONNELLE

S'il a une bonne stabilité dans le présent, un contexte de vie plutôt positif, si ses symptômes font suite à un trauma majeur, et s'il n'a pas d'histoire de traumatismes répétés dans l'enfance ou de troubles de l'attachement, la préparation sera rapide et consistera essentiellement à expliquer l'EMDR et à installer un lieu sûr (chapitre 6, « Comment installer une ressource intérieure », p. 157 ; « Le lieu sûr », p. 166).

Le lieu sûr est le renforcement d'une expérience de sécurité : nous focalisons l'attention du patient sur un lieu où il a ressenti un profond sentiment de sécurité, un lieu paisible et ressourçant où il peut s'imaginer seul, ou avec un animal familier. C'est un moyen de renforcer dans son cerveau une « base de sécurité émotionnelle » qui lui sera utile pour rester dans sa fenêtre de tolérance.

Trouver son lieu sûr permet aussi de faire une première expérience positive des stimulations bilatérales alternées, et de s'accorder avec le patient sur la modalité la plus adaptée : nous utilisons en priorité des mouvements oculaires de droite à gauche, en vérifiant la juste distance et la vitesse où le patient est confortable ; il est aussi possible d'utiliser des stimulations auditives alternées, des

tapotements alternés (sur les genoux ou les mains du patient, ses pieds ou ses épaules), ou des vibreurs qu'il tient en main, en veillant toujours à lui donner le maximum de contrôle sur la modalité avec laquelle il se sent le plus à l'aise. Une patiente qui souffrait d'une phobie sociale avait très peur d'être regardée et était plus rassurée en position debout, j'ai donc dû m'adapter ! Je l'ai guidée dans les mouvements oculaires en étant debout face à elle, légèrement décalé sur le côté, et en gardant moi-même les yeux fermés dans un premier temps. Avec des jeunes enfants, on peut demander aux parents de faire le *tapping* ; des enfants plus grands le font volontiers eux-mêmes en croisant les bras, en mettant leurs mains en forme de papillon, et en tapotant sous leurs clavicules (« le câlin du papillon »).

Le lieu sûr permet enfin de vérifier la stabilité de l'expérience positive ; après l'avoir installé ensemble, nous montrons au patient comment le pratiquer par lui-même (en auto-*tapping*) et nous l'invitons à le pratiquer au moins une fois par jour, pour que ce réseau ait ses connexions neuronales renforcées !

Durant la phase de préparation, nous expliquons l'EMDR au patient, et lui donnons souvent la métaphore du train : quand il sera connecté au souvenir à retraiter et suivra nos doigts des yeux, il observera simplement se dérouler tout ce qui lui viendra à l'esprit, comme s'il était assis dans un train et voyait le paysage défiler par la fenêtre : cela pourra être des images de la scène qui se déroulent, d'autres perceptions, des pensées, des émotions, ou des sensations dans le corps. Nous ferons une pause dans les mouvements oculaires toutes les 30 secondes environ pour vérifier où il en est.

Notre objectif est qu'il reste dans sa fenêtre de tolérance (voir la figure 6, p. 56), et nous convenons d'un « signal STOP », en levant une main par exemple, s'il sent que ses émotions deviennent débordantes ou coupées, anesthésiées.

Enfin nous veillerons à ce qu'il puisse garder « un pied dans le passé » (revivre l'expérience globalement, avec les émotions et les

sensations) et « un pied dans le présent » (rester conscient de la sécurité de la situation présente, garder une position d'observation et de recul).

Cette phase de préparation peut être prolongée (figure 13) avec les patients plus fragiles, qui ont eu des traumatismes répétés dans l'enfance et des troubles de l'attachement : ils ont souvent une fenêtre de tolérance plus étroite, et une confiance en eux et dans le thérapeute plus difficile. Nous serons particulièrement prudents si leur contexte de vie actuel est peu sécurisant et s'ils ont des troubles dissociatifs : l'objectif est alors de renforcer et d'autonomiser peu à peu l'entraînement de leurs ressources. C'est la raison pour laquelle j'ai développé un petit « carnet des ressources » (en annexe p. 243). Certaines personnes en sont capables d'emblée, ou après quelques exercices avec leur thérapeute. D'autres les pratiqueront dans un cadre associatif. Certaines seront soutenues, pour renforcer certaines ressources, par des groupes thérapeutiques que proposent des centres de psychiatrie ambulatoire, publics ou privés.

Seule une relation de collaboration, partant de ce que vit le patient, de sa motivation et de ses résistances, définissant ensemble des objectifs réalistes (parfois modestes), permet d'améliorer la qualité des soins. Toutes les actions d'autosoins, ainsi que le soutien de

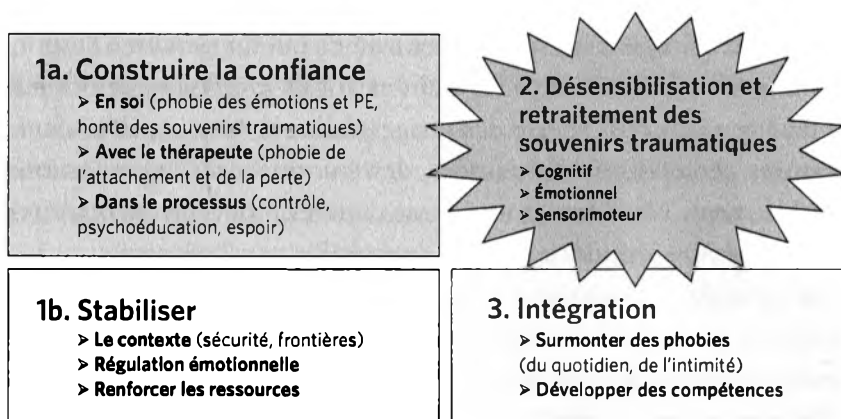


Figure 13. Les enjeux et les trois phases du traitement dans le SSPT complexe. (D'après Janet.)

tourage, doivent donc être valorisés, et je serai très heureux si le livre peut être ainsi utile.

Revenons au déroulement d'une thérapie EMDR : dans le cas d'un stress post-traumatique simple, une ou deux séances d'une heure suffisent souvent aux deux premières étapes (recueil de l'histoire et préparation). Au rendez-vous suivant, nous vérifions si le patient a son lieu sûr bien installé, un contexte de vie toujours stable, et nous passons à la partie centrale de l'EMDR.

CASE 3 : ÉVALUATION DU SOUVENIR CIBLE

Le thérapeute aide le patient à identifier :

l'image (ou une autre perception) qui correspond au moment le plus pénible ;

la cognition négative, c'est-à-dire le sens de soi négatif qui a été inscrit par l'expérience traumatique ;

la cognition positive, c'est-à-dire le sens de soi positif vers lequel la personne souhaite aller, et la validité actuelle de cette cognition (entre 1, pas du tout vraie, et 7, totalement vraie – c'est l'échelle VOC pour *Validity of Cognition*) ;

enfin, quand le patient se reconnecte à l'image et à la cognition négative, on cherche quelle émotion cela réactive en lui maintenant (entre 0, pas de perturbation, et 10, la pire perturbation imaginable – c'est l'échelle SUD, pour *Subjective Unit of Disturbance*) ;

et quelle sensation dans le corps est associée.

Les attaques de panique de Bruno

Bruno, 30 ans, souffre d'attaques de panique très invalidantes ; elles l'ont conduit à éviter les ponts, le métro, les tunnels, tous les lieux dont on ne peut s'échapper très vite, et à restreindre de façon importante son périmètre de liberté, ce qui le gêne beaucoup dans sa vie personnelle et professionnelle. Le plus dur à vivre lors de ses crises est un sentiment de déréalisation, avec l'impression de perdre tous ses repères, que plus rien n'est

familier, et la crainte de « ne pouvoir revenir dans ce plan de réalité ». Bruno a vécu sa première crise d'angoisse à 15 ans, lors d'un *bad trip* avec du cannabis (c'en est un effet secondaire assez fréquent).

Je lui ai demandé de noter ses 5 à 10 meilleurs et pires souvenirs (chacun coté de 0 à 10 selon son intensité émotionnelle) sur une ligne du temps, depuis sa naissance jusqu'à aujourd'hui ; parfois mes patients notent des événements dont ils n'ont pas parlé spontanément, cela nous aide pour le plan de ciblage, et cela permet aussi d'identifier des ressources.

À l'âge de 8 ans, Bruno a mal vécu le divorce de ses parents qui a été très conflictuel, sa mère a été très déprimée et en grande difficulté sociale et financière. Il a un frère, aîné de 3 ans, avec qui la relation a été très difficile. Les parents ont alterné la garde de leurs enfants – l'un chez la mère, l'autre chez le père – qui ont vécu un attachement désorganisé. Bruno s'est orienté vers un rôle de parent inversé avec sa mère, c'est lui qui l'aide et la soigne : « J'étais son psy, elle me racontait ses histoires de cœur, voire de sexe. J'étais dans un cocon insécurisant ; elle me transmettait toutes ses angoisses, elle reste un fardeau pour moi » ; tandis que son frère aîné a été despotique avec sa mère et avec Bruno.

Voici les pires souvenirs qu'il a notés :

- à 8 ans, les trajets après le divorce, quand il devait rentrer de chez son père après le week-end (SUD = 5) ;
- entre 8 et 10 ans, quand sa mère pleurait dans ses bras (SUD = 10) ;
- au collège, entre 10 et 14 ans, quand il était harcelé par son frère et par d'autres adolescents dont il était la « tête de turc » (SUD = 3) ;
- la première crise d'angoisse à 15 ans (SUD = 8) ;
- la plus forte crise d'angoisse, à 16 ans (SUD = 9).

Comme préparation, nous avons fait, en plus du lieu sûr, la cohérence cardiaque et la respiration antipanique, ainsi que la *mindfulness* (chapitre 6, « Respiration et cohérence cardiaque », p. 168 ; « Pleine conscience ou *mindfulness* », p. 163) ; puis

nous avons « ciblé » la première crise d'angoisse à 15 ans, car c'était le souvenir dysfonctionnel le plus directement en lien avec les symptômes actuels. Nous avons retraité par la suite les souvenirs liés à la séparation des parents et à la dépression maternelle ; puis la plus forte crise d'angoisse, et enfin un scénario du futur où il traverse un pont pour aller faire une course.

Voici la phase d'évaluation du souvenir de la première crise d'angoisse :

T – « Quand vous vous replacez dans cette première crise d'angoisse à 15 ans, quelle est l'image qui correspond au moment le pire ?

B – Je me vois dans un angle de la pièce, face au mur, complètement paumé.

T – Quand vous vous revoyez ainsi, quels sont les mots négatifs sur vous-même qui vous viennent à l'esprit, qui résonnent comme vrais aujourd'hui ?

B – J'ai déconné, je suis coupable.

T – À la place de cela, qu'aimeriez-vous penser de vous ?

B – Je peux me pardonner cette erreur.

T – Quand vous vous revoyez dans l'angle de la pièce, face au mur, à quel point ressentez-vous comme vrais au fond de vous ces mots : je peux me pardonner cette erreur ; entre 1, pas du tout vrais, et 7, complètement vrais ?

B – 3.

T – Restez avec cette image de vous dans l'angle de la pièce, face au mur, et avec ces mots : je suis coupable ; quelle émotion est réactivée en vous maintenant ?

B – De l'angoisse.

T – À combien la ressentez-vous, entre 0, pas du tout, et 10, la perturbation maximum ?

B – À 8.

T – Et où la ressentez-vous dans le corps ?

B – C'est une boule dans le ventre, et ça remonte dans la poitrine. »

PHASE 4 : LA DÉSENSIBILISATION PROPREMENT DITE

Nous invitons le patient à focaliser son attention sur l'image traumatique, la cognition négative et la sensation dans le corps, puis à laisser se dérouler tout ce qui lui vient, tout en suivant des yeux les doigts du thérapeute qui oscillent de droite à gauche. Après environ 30 secondes, nous arrêtons le mouvement et invitons le patient à faire une pause et à prendre une grande respiration ; il se réoriente alors dans le présent et dit ce qui lui vient à l'esprit, où ses associations libres l'ont mené. Nous repartons de là, en continuant à alterner de nouvelles séquences de mouvements oculaires et des moments de pause et d'échange brefs.

Ce processus d'associations libres vient de la psychanalyse : une patiente, elle-même psychanalyste, m'a dit qu'elle avait vécu l'EMDR « comme une psychanalyse accélérée », avec moins de recul intellectuel et plus d'intégration directe des vécus cognitif, émotionnel et corporel. Les interventions du thérapeute sont minimales : elles s'apparentent à une mise en place des conditions favorables au processus de guérison qui est, lui, propre au patient. Le médecin que je suis est souvent émerveillé de voir comment le cerveau trouve des solutions pour cicatriser ! La présence empathique, soutenante, encourageante du thérapeute aide le patient à rester dans sa fenêtre de tolérance ; s'il reste bloqué sur des représentations négatives qui ne bougent pas, je propose un « tissage cognitif », c'est-à-dire un léger décalage de point de vue pour ouvrir de nouvelles possibilités associatives (voir les exemples de Bruno, ci-dessous, de Jérôme, p. 111 et de Soraya, p. 116).

La désensibilisation de Bruno

T – « Prenez cette image de vous dans un coin de la pièce, face au mur... avec cette pensée : je suis coupable... et cette sensation de boule dans le ventre, qui remonte vers la poitrine... Et, tout

en suivant mes doigts avec vos yeux, laissez se dérouler tout ce qui vous vient, observez-le simplement sans le juger (MO pour "mouvements oculaires"). OK, faites une pause, respirez bien... qu'est-ce qui vous vient maintenant ?

B – Je me sens seul, profondément seul...

T – Continuez avec ça (MO). »

Je ne reprends plus par la suite mes interventions quand elles sont minimales comme ici.

B – « Les autres ont essayé de m'aider ; on était quatre ; puis il a fallu que je me démerde tout seul dans ma chambre, ils étaient sur le balcon (MO).

Je sens comme des boules qui tapent dans le ventre (MO).

J'ai fait ça [*fumer du cannabis*] pour être moins seul, et au contraire ça m'a fermé des autres (MO).

Le cannabis n'a été qu'un déclencheur, ça ne m'a pas fait péter une case dans le cerveau. Ça m'a forcé à travailler pour sortir de la trajectoire crises d'angoisse – échec scolaire – agoraphobie (MO).

Je reste sur les mêmes pensées.

T – Quand vous revenez à la situation du départ, qu'est-ce que vous observez maintenant ? »

On revient à la « cible » quand le patient a eu deux associations neutres ou positives, c'est aussi une des possibilités s'il reste bloqué.

B – « J'ai essayé de scinder, d'effacer cette partie de ma vie... c'est un peu vide (MO).

Quand est-ce que j'ai vécu les choses normalement, comme tout le monde ? Je n'ai pas eu d'enfance. Depuis le divorce, même avant, j'ai toujours eu l'impression de me battre pour survivre face à tout ce que la vie m'envoie en pleine tronche (MO). »

On voit qu'un autre réseau de souvenirs traumatiques plus ancien et relié à celui-ci s'ouvre ; on a alors deux options : soit le suivre, si le patient a une bonne tolérance émotionnelle et qu'on a du temps ; soit revenir à la cible, pour ne pas risquer d'activer trop de souvenirs traumatiques à la fois. Ici, j'ai laissé le processus associatif se dérouler.

B – « C'est peut-être aussi ma faute, depuis tout petit mon père et ma belle-mère m'ont dit que je cherchais toujours à attirer l'attention.

T – Était-ce vous qui étiez responsable du divorce, ou du peu de présence de votre père ? »

Je fais un tissage cognitif pour éviter qu'il reste bloqué par la culpabilité.

B – « Non, bien sûr...

T – Quand vous revenez à la situation du départ, qu'observez-vous maintenant ?

B – J'avais peut-être pris une trop forte dose, pour épater un peu les autres au lycée après avoir été persécuté au collège (MO).

Ça me perturbe moins... je sens encore une tension à droite dans le cou (MO).

Quelques mois après, j'allais de moins en moins en cours, j'ai été déscolarisé dans un centre de soins avec des filles anorexiques, boulimiques, suicidaires, ce n'était pas agréable... (MO).

Ce n'était pas une bonne idée : je n'avais pas de contacts avec les parents, j'avais l'impression d'être parqué (MO).

J'ai envie de hurler : tout le monde m'emmerde, me fait chier !

T – Imaginez que vous le faites, et observez ce qui vient ensuite » (MO) [*c'est un tissage cognitif imaginaire*].

B – Depuis tout petit, je me suis fait écraser sans rien dire, j'ai été la bonne poire : trop bon, trop con ; j'ai passé 80 % du temps à m'occuper des problèmes de ma mère, puis à écouter les autres au collège, ça me donnait un semblant d'exister (MO).

Quand j'essayais de m'affirmer et d'être moi-même, ça ne plaisait pas aux autres ; j'ai besoin de prendre une sacrée revanche ; je suis fatigué, j'en ai marre de trop tirer, ne pas m'arrêter de bosser (MO).

J'ai des larmes au bord des yeux qui n'arrivent pas à sortir, je me suis blindé, enfant je pleurais beaucoup.

T – OK, vous avez fait vraiment un gros travail aujourd'hui, beaucoup de choses très importantes ; nous allons devoir arrêter

à cause de l'heure ; qu'avez-vous appris d'important sur vous-même aujourd'hui ?

B – Je me rends compte que j'en ai vraiment bavé, que j'ai gardé pour moi beaucoup d'émotions, je crois que j'ai eu du courage et que je commence à prendre ma revanche *[il a monté une entreprise qui démarre très bien]*.

T – Oui, c'est vraiment bon que vous puissiez ressentir de l'empathie pour l'enfant que vous étiez, et aussi que vous mesuriez tout le chemin parcouru... Est-ce qu'on peut conclure en revenant sur votre lieu sûr ? »

On conclut ainsi une séance incomplète, qui sera reprise ensuite. Il a fallu deux séances pour retraiter ce souvenir cible, voici le déroulé de la deuxième séance.

T – « Quand vous revenez sur le *bad trip* à 15 ans, qu'est-ce qui vous vient maintenant ?

B – C'est assez neutre.

T – Quel degré de perturbation émotionnelle, entre 0 et 10 ?

B – 2.

T – Qu'est-ce qu'il y a dans ce 2 ?

B – C'est dans l'appartement de mon père, il y a aussi d'autres résonances désagréables.

T – Et où sentez-vous cette perturbation dans le corps ?

B – Dans le ventre.

T – Continuez avec ça (MO).

B – C'est le départ d'un enfer... la sensation de perte de la réalité (MO).

Le début d'une désocialisation (MO).

L'impression de ne pas exister (MO).

Rien (MO).

Toujours rien.

T – Quand vous revenez à la situation de départ, qu'est-ce qui vient maintenant ?

B – Je vois plus les conséquences ; j'ai des petits flashes du lycée, puis du centre de soins (MO).

Je me sens seul, incompris (MO).

Je suis énervé d'avoir des aides inefficaces, juste des rustines (MO).

Pourquoi moi ? J'en veux à mes parents (MO).

Foutez-moi la paix ! J'ai envie de le dire à tous les gens autour de moi (MO).

Ça m'a appris à relativiser beaucoup de choses. C'est aussi grâce à ça que j'en suis là professionnellement (MO).

Rien.

T – Quand vous revenez à la situation de départ, qu'est-ce qui vient maintenant ?

B – J'ai envie de rire ; il faut que j'arrête de m'en faire (MO). C'est une connerie de jeunesse, rien de plus ; je ne m'en sors pas si mal (MO).

J'ai de la ressource. »

On voit que le même type de réseaux associatifs est activé, mais c'est de moins en moins chargé d'émotions douloureuses, de plus en plus rapide et fluide, et les associations positives sont de plus en plus fortes.

PHASE 5 : PHASE D'INSTALLATION DE LA COGNITION POSITIVE

Il est frappant de voir que quand la perturbation émotionnelle est désensibilisée, de nouveaux réseaux associatifs s'ouvrent : nous ne sommes plus coincés dans une image de nous-mêmes altérée par une culpabilité irrationnelle, une estime de soi défaillante, un sentiment d'impuissance ou de danger permanent. Il est alors important de prendre le temps d'installer cette cognition positive, qui devient une ressource : quand nous avons traversé une épreuve, nous en tirons un apprentissage important sur nous-mêmes, et sur la vie en général (symbolisé par l'étoile à quatre branches sur la figure 12, p. 79). Mais il faut renforcer les connexions de ce nouveau réseau neuronal dans notre cerveau, c'est comme un nouveau sentier que nous défrichons et qu'il faut élargir. Bien sûr, ce seront surtout les nouvelles expériences mises en œuvre dans la vie réelle qui consolideront notre confiance, et cette phase d'installation va nous y préparer.

Nous demandons donc au patient d'évaluer, quand il repense à ce qui reste du souvenir initial, si la cognition positive qu'il

avait définie est toujours la plus adaptée, ou si une autre lui paraît meilleure.

Bruno avait évoqué au début : « Je peux me pardonner cette erreur » ; mais, à la suite des dernières associations qui lui sont venues, la problématique de culpabilité lui paraissait complètement dépassée, et ce qui lui était le plus utile était d'avoir pris confiance en ses ressources ; il a choisi la cognition positive : « Je suis fort. »

Nous vérifions ensuite combien le patient ressent vraie au fond de lui cette cognition positive, entre 1 (pas du tout) et 7 (complètement vraie) : pour Bruno, c'était à 7.

Puis nous lui demandons de garder ensemble ce qui reste de la situation initiale et la cognition positive, et nous lui faisons à nouveau faire des mouvements des yeux : cela permet de vérifier qu'il ne reste pas de traces traumatiques à retraiter, et renforce la cognition positive.

PHASE 6 : LE SCANNER DU CORPS

L'objectif de cette phase est de vérifier qu'il ne reste pas de trace du réseau de souvenirs traumatiques et de renforcer le positif en l'ancrant dans le ressenti corporel.

Nous demandons au patient de garder ensemble ce qui reste de la situation et la cognition positive, et de passer son corps en revue de la tête aux pieds (comme avec un rayon laser ou un scanner) ; il peut ainsi vérifier si « son corps est d'accord » (c'était le cas pour Bruno), et nous pouvons l'aider à renforcer le vécu corporel agréable associé (« je respire librement, mon ventre est détendu ») en l'accompagnant avec quelques mouvements oculaires lents.

Émergence de souvenirs traumatiques plus anciens lors des phases 4, 5 et 6

Avec une patiente, nous sommes partis d'une situation récente de conflit de couple, et avons identifié un souvenir source où, vers 5 ans, elle avait vu son père agresser violemment sa mère. Nous

avons donc ciblé ce souvenir, le retraitement s'est bien passé, mais lors du scanner du corps, il restait une sensation désagréable au niveau du ventre. Je lui ai demandé de partir de cette sensation et, en suivant mes doigts avec ses yeux, d'observer tout ce qui venait : elle a alors eu la sensation très nette d'attouchements, plus jeune (vers 3 ou 4 ans ?) par un grand-oncle ; celui-ci avait été condamné pour pédophilie sur d'autres enfants, mais ce souvenir la concernant avait été occulté jusque-là.

Il faut bien évidemment continuer alors à retraiter ce souvenir : même s'il n'y a que de vagues impressions visuelles et/ou tactiles, cela se fait très bien.

PHASE 7 : CLÔTURE DE LA SÉANCE

Si la séance est incomplète, nous veillons à ce que le patient revienne à un état d'apaisement émotionnel, en utilisant différentes ressources : souvent le lieu sûr, parfois le contenant (chapitre 6, « Le contenant et l'état sûr », p. 161) pour mettre de côté les traces de souvenirs traumatiques activées et qu'elles ne soient pas perturbantes dans la vie quotidienne ; nous nous ajustons surtout aux besoins et aux ressources de chaque patient !

Nous sommes aussi attentifs à repérer, valider et encourager toutes les prises de conscience positives qui ont émergé au cours de la séance.

Enfin nous invitons le patient à être attentif à ce qui va continuer à travailler dans son cerveau ; en particulier les rêves, qui, dans mon expérience, sont plus fréquents la nuit suivant la séance et la nuit précédant la séance suivante, comme si le cerveau se préparait à la situation. Ils sont une bonne indication sur les problématiques et les émotions principales qui sont encore mobilisées et cherchent une solution adaptative. Bruno a ainsi rêvé, après une séance où nous avons retraité le souvenir de 8 ans, quand sa mère pleurait dans ses bras : « Ma mère s'engageait dans un projet voué à l'échec, mon père me dit : elle fait n'importe quoi. Je sens qu'il va falloir que je l'aide avec le peu que j'ai. »

Il est très utile au patient de tenir un journal pour noter les faits importants, et en particulier les changements positifs qui peuvent commencer à émerger : par exemple un conflit où il a pu réagir en s'affirmant avec humour, ou une plus grande liberté dans ses déplacements et ses initiatives.

PHASE 8 : LA RÉÉVALUATION

Il s'agit là de vérifier que le souvenir peut être réévoqué sans réactiver de perturbation. Il est remarquable de constater qu'en règle générale, ce changement reste acquis dans le temps, et nous observons même souvent un effet de généralisation à d'autres souvenirs proches qui se trouvent « digérés » par la même occasion. Quand ce n'est pas le cas, c'est souvent que la personne souffre de traumatismes complexes, où d'autres souvenirs-sources reliés sont encore activés ; il faut aussi envisager l'hypothèse de troubles dissociatifs, où une partie de la personnalité est clivée au cours du retraitement et reste perturbée par l'évocation du souvenir. S'il reste des signes de perturbation à l'évocation du souvenir cible, nous continuons bien sûr à le retraiter.

L'intérêt de l'EMDR dans certaines douleurs chroniques

Cindy a 40 ans et vient me voir pour des céphalées intenses et invalidantes, survenant par « crises » de plusieurs mois ; la première a débuté 2 ans auparavant, peu après une opération qui l'avait beaucoup angoissée (ablation d'une tumeur cérébrale bénigne). Elle n'a pas de traumatismes précoces, évolue dans un contexte familial sécurisé, et le lieu sûr a été suffisant pour la préparer. En dix séances réparties sur six mois, nous avons désensibilisé cinq souvenirs cibles :

- *Le premier souvenir.* Elle était dans sa chambre avant l'opération, avec des angoisses qui augmentent la nuit (« On va me rentrer dans la tête »), des vertiges et des céphalées qui augmentent, et l'impression que l'anesthésiste ne la prend pas au sérieux.

L'image qui représente le pire moment est la phrase qu'elle a dite à son mari : « Si je deviens un légume, tu m'abats » ; et la cognition négative : « Je vais être inutile pour mes enfants, ma vie n'a pas de sens » ; la cognition positive souhaitée serait : « Je suis une maman utile et courageuse », et elle la ressent vraie à 5 sur 7 ; quand elle se connecte à l'image la pire et à la cognition négative, elle ressent une tristesse (SUD à 8,5 sur 10), dans le cœur et le thorax, et les larmes lui montent aux yeux.

Au cours de la première séance de désensibilisation émergent des associations plus positives, comme « Je suis vivante », « Je peux oublier la douleur », « Je peux la stocker quelque part et continuer à vivre sans qu'elle prenne toute la place », « Je peux oublier » ; quand nous revenons à la cible, elle se voit plus sereine, tenant à son mari un discours plus rassurant ; et les associations qu'elle rapporte entre les séquences de mouvements oculaires sont de plus en plus positives : « J'ai gardé mes compétences intellectuelles » ; « J'ai fait des pas de géant en ouverture, connaissance de moi et des autres » ; « Je vois la belle personne que je peux être ». Quand elle revient à la cible, il n'y a plus de perturbation émotionnelle et elle installe la pensée positive : « Je suis quelqu'un de bien, utile, courageuse » (ressentie comme vraie à 6 sur 7) ; quand nous continuons les mouvements oculaires, elle sent que ça a du mal à monter jusque dans sa tête à cause de la douleur ; puis (sans que je suggère quoi que ce soit), au fil des séquences, ces mots positifs forment comme un tourbillon dans sa tête, elle se sent plus légère, aérée ; elle visualise dans sa tête comme un chakra lumineux qui tourne en rond, sur un fond noir ; la pensée positive est ressentie vraie à 7 sur 7, le scanner du corps est bon. Lors de la réévaluation à la séance suivante, elle est plus sereine, les douleurs se sont atténuées et déplacées, mais restent perturbantes (à 4 sur 10). Nous reprenons donc la désensibilisation, et voici les associations que je note : « J'ai plus confiance ; je crois en moi » ; « Je sens la vie ; je sens mon cœur battre, je me sens respirer » ; « Je m'accroche à ce fil » ; « Au bout de ce fil, il y a un coffre aux trésors » ; après le retour à la cible : « Je suis plus sereine, apaisée » ; « Je sens que ça chemine dans ma tête,

c'est aéré, ventilé, un peu froid » ; « Ma douleur va s'endormir » ; « Je ne suis plus prisonnière dans ma tête » ; la perturbation est évaluée à 0, elle sent une émotion très positive avec la pensée : « Je suis courageuse, j'ai traversé cette difficulté, je suis vivante et debout » ; celle-ci s'installe sans difficulté à 7 sur 7, le scanner est OK, elle se sent respirer amplement et ressent de la fierté : « Ça a été extrêmement difficile et j'y suis arrivée. »

- *Le deuxième souvenir.* C'est le moment de l'annonce du diagnostic par un radiologue très froid : en rentrant chez elle, elle avait fait une crise d'angoisse avec des vertiges.

L'image la plus difficile pour elle est : « Tout tourne », avec la cognition négative : « Je suis en danger » ; la cognition positive serait : « J'ai une bonne étoile, je vais m'en sortir », elle est ressentie à 3,5 sur 7 ; enfin elle ressent une angoisse (qu'elle cote 5 sur 10) dans la tête.

La désensibilisation ouvre un nouveau canal associatif sur un deuil traumatique survenu plusieurs années auparavant, après une interruption médicale de grossesse à 5 mois. Nous continuons la désensibilisation sur ce souvenir, avec des associations pleines d'émotion : « J'ai pu avancer malgré le deuil de la petite Jessie, ça me donne de l'espoir » ; « Je vois le visage de Jessie et le mien souriants » ; « Je ressens le contact physique de Jessie dans mes bras » (larmes abondantes) ; « Physiquement, elle me manque, mais elle est là » ; « J'ai un ancrage plus solide dans le ventre » ; « Je sens dans ma tête comme si des vers de terre faisaient des galeries pour aérer la terre ».

Nous revenons à la cible du début, les vertiges sont beaucoup moins pénibles et insécurisants : « Je gère » ; « Je vois la petite Cindy qui avait des difficultés scolaires, mais était très combative : elle y est arrivée » ; « Je sens quelque chose de maîtrisé et d'ordonné » ; « La tête s'aère ».

- *Troisième souvenir.* Nous avons ensuite retraité la dernière crise douloureuse où elle avait été hospitalisée, et d'autres souvenirs reliés et non digérés ont été rouverts et retraités : une autre opération qu'elle avait subie, et la rupture d'anévrisme d'une grand-mère.

- *Quatrième souvenir.* Cindy a eu besoin de revenir sur l'interruption de grossesse et la culpabilité associée, et elle est arrivée à formuler la pensée positive : « Jessie (son bébé) m'a pardonné. »
- *Cinquième souvenir.* Il a enfin fallu retraiter le retour à son travail après l'opération, où elle avait vécu un entretien de licenciement humiliant.

Les accès de douleur se sont ensuite espacés. Au moment de se dire au revoir, Cindy a conclu : « C'est un vrai travail d'urgence et de libération. »

Il est ainsi fréquent que le traitement de symptômes post-traumatiques soit l'occasion d'une guérison en profondeur, de la relecture plus globale de notre histoire, et d'une plus grande unité intérieure ; et je suis profondément heureux de partager cela !

La relation thérapeutique

Travailler avec l'EMDR est gratifiant pour le patient comme pour le thérapeute. Il ne faut pas cependant négliger le coût émotionnel, pour le patient surtout, mais aussi pour le thérapeute. Ce dernier peut vivre une résonance empathique, et des souvenirs traumatiques personnels peuvent être réactivés par ceux du patient. Nous avons l'habitude de nous protéger (sans nous cliver complètement de nos émotions) quand nos patients nous témoignent d'histoires personnelles très difficiles, mais ce sont parfois des aspects en apparence secondaires qui viennent activer une résonance traumatique en nous.

Les cauchemars d'un thérapeute

Un collègue m'a ainsi raconté qu'il s'était mis à faire des cauchemars d'incendie ; il s'était alors souvenu d'un incendie qui avait eu lieu dans sa résidence universitaire, quand il était étudiant, et l'avait rapidement retraité. En réfléchissant à ce qui avait pu réactiver ce souvenir traumatique, il s'est rendu compte qu'il avait traité la veille un patient qui avait un trauma de nature complètement différente, mais où une des images évoquées était

une porte verte, comme celle de sa chambre d'étudiant. L'association de cette image et de la résonance avec l'émotion intense du patient avait dû atteindre un seuil suffisant pour activer en lui le réseau de souvenirs incomplètement digéré.

Nous devons donc, en tant que thérapeutes, prendre soin de nous-mêmes, renforcer nos ressources, équilibrer nos différents investissements et notre hygiène de vie, bref mettre en œuvre pour nous-mêmes ce que nous conseillons à nos patients...

Avec l'EMDR, même quand l'avancée est laborieuse face à des traumatismes complexes et multiples, les patients partagent presque toujours la même impression que le thérapeute : ils travaillent au cœur du problème et comprennent le sens de ce qui est fait.

C'est aussi ce qui m'a motivé à écrire ce livre : certains thérapeutes ont pu endosser une posture de « Sujet supposé savoir », entretenir un certain mystère, un discours difficilement accessible sur leur pratique, ou proposer le transfert sur eux-mêmes comme principal levier thérapeutique. Peut-être est-ce lié à mes origines pédiatriques, mais je trouve plus juste d'orienter la relation sur le registre de la coopération, avec un sens et un but partagés.

Quand nous sommes demandeurs d'aide et que cela active notre système d'attachement, les vraies questions sous-jacentes sont : est-ce que je suis compris ? Accepté comme je suis ? Apprécié, estimé, aimé ? Est-ce que je risque d'être rejeté ou méprisé ? Est-ce que je compte pour l'autre ? Sera-t-il là pour moi ou va-t-il me laisser tomber ? C'est particulièrement problématique pour les personnes qui ont un style d'attachement désorganisé et des traumatismes liés aux parents. Quand elles se trouvent en détresse et activent le système de l'attachement, cela active simultanément leurs systèmes de défense archaïques face au danger (sidération, combat, fuite, figement) et elles peuvent être envahies par des réactions émotionnelles difficiles à contrôler. Cela résonne en effet avec les réseaux de souvenirs traumatiques de l'enfance, où par exemple si elles allaient chercher du réconfort, leur père leur donnait une claque et leur

mère leur disait de ne pas en rajouter. Plus le thérapeute est en posture « maternelle », de don de soin, plus ce schéma risque de se réactiver ; mais plus nous avons renforcé un schéma de coopération, plus le patient peut être en pleine conscience, en position de recul et d'observation de ce qui se joue en lui, plus son cortex préfrontal reste actif et en mesure de réguler ses émotions.

Comment ça marche ? Les mécanismes d'action au niveau cérébral et le modèle du traitement adaptatif de l'information

Reconnaissons-le d'emblée : nous n'en sommes qu'aux balbutiements d'une compréhension précise, mais des recherches passionnantes visualisent, quasiment en temps réel, ce qui se passe dans le cerveau au cours d'une séance de thérapie EMDR⁹.

Ce que montrent les données d'imagerie cérébrale de personnes ayant un syndrome de stress post-traumatique

Ces données concordent entre elles et avec les études neuro-psycho et physiologiques. Chez les personnes ayant un SSPT, on observe une baisse d'activité dans les lobes frontaux, en particulier dans le cortex préfrontal médian, qui correspond à une diminution des capacités d'intégration et de régulation émotionnelle. Il y a une hyperactivité dans les régions temporales et surtout limbiques, et parfois occipitales (visuelles), qui correspond aux flash-back et aux souvenirs traumatiques fragmentés. L'hyper-réactivité de l'amygdale et de l'hypothalamus correspond à une hyperactivation émotionnelle et physiologique (l'augmentation de la fréquence cardiaque et de la conductivité électrique de la peau témoigne de l'hyperactivité sympathique).

Le plus frappant est une diminution de taille de l'hippocampe, où certains neurones sont détruits par l'excès de corticoïdes qui se produit en cas de stress chronique. Ce dernier point pose un problème d'interprétation, car la petite taille de l'hippocampe est aussi un facteur de risque de stress post-traumatique. Il semble que les deux interprétations soient correctes : les stress répétés, notamment pendant l'enfance, diminuent la taille de l'hippocampe ; et cette petite taille rend plus vulnérable au stress post-traumatique ultérieur.

La bonne nouvelle est que la plasticité cérébrale est particulièrement forte dans l'hippocampe, où il peut y avoir création de nouveaux neurones.

Les changements observés après une ou plusieurs séances d'EMDR

L'activation des aires occipitales et surtout temporales du cerveau diminue, notamment dans l'amygdale et l'hippocampe, ce qui correspond à la réparation de la fragmentation des souvenirs et à une diminution de leur charge émotionnelle.

On observe aussi une activation des lobes frontaux, en particulier dans le cortex cingulaire antérieur et la région orbitofrontale ; et parfois aussi dans le cortex frontal gauche et le cortex préfrontal dorso-latéral.

On a même pu mettre en évidence la récupération de la taille de l'hippocampe après une thérapie : Bossini¹⁰ a ainsi rapporté le cas d'un homme de 27 ans, ayant des symptômes de stress post-traumatique et un deuil chronique après le décès de sa mère par suicide, qui a récupéré après 8 semaines de thérapie EMDR, parallèlement à son état psychologique, un volume normal de ses hippocampes. Il a ensuite répliqué cette étude en 2012¹¹ chez 10 patients traités par l'EMDR, et a montré que leur volume hippocampique augmentait en moyenne de 6 %, en même temps que les symptômes s'amélioraient.

On a même pu enregistrer ce qui se passe pendant une séance d'EMDR par des techniques d'EEG (électroencéphalographie) : on observe le déplacement progressif de l'activation depuis les régions limbiques vers les régions corticales préfrontales, puis vers le cortex multimodal d'association. Ce mouvement correspond à une réactivation émotionnelle, puis à sa régulation et réassociation, pour aboutir à l'intégration d'un souvenir.

Comment l'EMDR agit

Les mouvements oculaires stimulent le réflexe d'orientation du regard, qui active le système parasympathique et favorise les mécanismes de traitement de l'information associés.

Ce mode de traitement de l'information est du même type que celui qu'on observe dans le sommeil paradoxal (ou à mouvements oculaires rapides). Il favoriserait la diminution, d'une part, de la force des souvenirs fragmentés du trauma, et d'autre part, de la surcharge d'activation physiologique et émotionnelle liée à l'amygdale. Le sommeil paradoxal favorise aussi la création de nouveaux liens associatifs entre différents souvenirs.

L'hippocampe et le cortex préfrontal pourraient alors reprendre leur rôle et intégrer les souvenirs traumatiques dans des réseaux de mémoire adaptés. Les différents aspects de l'expérience ne seront plus alors fragmentés, mais intégrés au niveau du thalamus, et remis à leur juste place dans l'espace et le temps par l'hippocampe. Comme le dit Stickgold : « Si la stimulation bilatérale de l'EMDR peut changer les états du cerveau de façon similaire à ce qu'on observe pendant le sommeil paradoxal, il y a maintenant de bons arguments pour penser que l'EMDR peut tirer parti de processus sommeil-dépendants, bloqués ou inefficaces chez ceux qui souffrent de SSPT, pour permettre un retraitement efficace du souvenir et la résolution du trauma¹². »

Il y a une autre hypothèse, qui est la sollicitation de la mémoire de travail par deux tâches simultanées : la réactivation du souvenir

traumatique (« un pied dans le passé »), et les mouvements oculaires qui maintiennent l'orientation dans le présent (« un pied dans le présent »). Ainsi on éviterait la surcharge émotionnelle et on favoriserait l'association à d'autres représentations adaptatives.

Ces hypothèses seront certainement affinées, mais ce modèle du traitement adaptatif de l'information nous aide pour tenter de comprendre ce qui se passe, et pour programmer un plan de traitement. De nombreuses approches thérapeutiques assez proches de l'EMDR s'en inspirent, et on peut « tisser » avec l'EMDR certaines d'entre elles, qui conviennent mieux à certains patients (chapitre 5).

Le retraitement des empreintes précoces

Les praticiens qui ont découvert l'EMDR, enthousiasmés par cette méthode, ont cherché à l'intégrer aux pratiques qui donnent déjà de bons résultats et à préciser différents protocoles. Il en existe maintenant pour les événements traumatiques récents, les addictions, les phobies, les deuils traumatiques, les douleurs chroniques ; pour travailler avec des couples, des familles, des groupes, etc.

La question du souvenir source

Comme nous l'avons vu, l'EMDR est plus efficace quand il est possible de remonter jusqu'au « souvenir source » à partir duquel un réseau d'expérience traumatique est resté figé dans le temps. Une image de soi négative parasite la manière d'être, des réactions émotionnelles restent excessives, des anticipations négatives sur les autres et le monde viennent limiter la liberté d'action et de relation. Mais jusqu'où remonter dans la recherche de ce souvenir source ? Ne serait-ce pas un leurre, un « souvenir-écran », comme le pensent certains psychanalystes ? Ne risque-t-on pas d'induire des faux souvenirs ? Et comment accéder aux souvenirs d'événements

précoces, avant l'âge de 3 ans où commence à se construire, avec le langage, la mémoire épisodique ?

Une thérapeute, Katie O'Shea¹³, a proposé l'hypothèse que les réseaux de souvenirs traumatiques de cette période restaient inscrits dans la mémoire implicite. De même que les schémas concernant l'attachement, et en quelque sorte intriqués avec eux, ils pourraient constituer un réseau incluant une façon de percevoir notre corps et nos émotions, notre relation aux autres et notre manière d'être dans notre environnement ; et ce réseau dysfonctionnel pourrait être activé dans certaines circonstances rappelant le trauma initial. En focalisant notre attention sur la période concernée, nous pourrions réactiver et retraiter ces « empreintes précoces » préverbaux.

Comme les émotions archaïques peuvent être intenses, et comme nous proposons souvent cette approche aux personnes ayant des traumatismes complexes de l'enfance, elle propose une phase de préparation approfondie, avec l'exercice du contenant et de l'état sûr (chapitre 6, « Le contenant et l'état sûr », p. 161), puis un travail sur les émotions en elles-mêmes que je vais maintenant présenter.

Le travail sur les émotions

Il est important de reconnaître la valeur protectrice des émotions douloureusement ressenties, elles nous informent qu'il faut réagir face à une situation problématique : la peur nous indique qu'il y a un danger ; la tristesse nous permet de mesurer l'importance vitale des liens que nous tissons ; la colère nous aide à refuser ce qui nous détruit, contraint ou humilie ; la honte, ou la culpabilité, nous aide à éviter ce qui compromet notre insertion dans le groupe social.

Pour illustrer cela, je raconte parfois l'histoire d'une patiente¹⁴ dont les noyaux amygdaliens ont été détruits (par des calcifications dues à une maladie génétique rare) : elle ne ressent aucune peur, ce qui la conduit à être extrêmement ouverte et avenante, et se lance très facilement dans des relations amicales ou amoureuses, mais elle

se laisse régulièrement abuser par des personnes à qui elle fait trop confiance et a une trajectoire de vie très difficile. Elle est capable de dessiner des visages exprimant les différentes émotions, sauf la peur : même si elle comprend bien intellectuellement ce que c'est, elle n'en fait pas l'expérience, et elle n'a pas appris à reconnaître les signes avant-coureurs du danger. Si on lui demande de regarder une série de photos de cent visages et d'évaluer leur degré de fiabilité, on se rend compte que cette jeune femme, comme les autres personnes dont les noyaux amygdaliens sont détruits, ne peut évaluer les signes discrets qui nous permettent de « sentir » nos congénères (qui sont le principal danger auquel nous sommes exposés). Stephen Porges¹⁵ appelle « neuroception » cette sorte de sixième sens, fondé sur des circuits neuronaux qui détectent des éléments de danger, chez les autres ou dans l'environnement, et qui activent l'amygdale et les systèmes de défense – ou les calment et favorisent les comportements sociaux.

Le postulat de Katie O'Shea est que les circuits sous-corticaux de ces émotions protectrices (qui, comme nous l'avons vu plus haut, sont en quelque sorte « précâblés » entre le tronc cérébral et le cerveau limbique) ont pu être surchargés lors de traumatismes répétés de l'enfance. Certains patients éprouvent ainsi une phobie des émotions, qui n'ont pas été assez validées ni contenues par les figures d'attachement (rappelons leur rôle de « régulateur émotionnel externe »), ils les ressentent comme menaçantes, débordantes, sans issue. Nous comparons ces circuits émotionnels surchargés à une gouttière encrassée qui déborde dès qu'il pleut un peu fort, ou à un logiciel trop sollicité qui se met à « bugger ». Nous cherchons donc à fluidifier, « remettre à zéro », « réinitialiser », désensibiliser les émotions pour elles-mêmes, sans les associer à un souvenir traumatique. Nous les « apprivoisons » petit à petit, en faisant si nécessaire des retours vers un contenant symbolique pour les mettre de côté, ou vers un lieu sûr spécifique pour une partie émotionnelle (PE) de la personnalité porteuse de cette « émotion véhémence ». Nous « réinitialisons » en général les émotions suivantes, que je

présente par couples symétriques émotion protectrice/émotion épanouissante : peur/curiosité ; tristesse-panique/joie ; colère/affection ; honte/fierté. En effet, les émotions épanouissantes peuvent aussi réactiver des zones de conflits internes et avoir besoin d'être apprivoisées.

L'apprivoisement des émotions

Nathalie, la trentaine, a un vécu de traumatismes complexes : sa mère était dans le déni de toute émotion, et son père avait une violence verbale et physique, la valeur motivant la famille étant uniquement la réussite scolaire et professionnelle. Elle a des troubles dissociatifs avec différents symptômes, notamment des périodes de dépression profonde, d'angoisses de mort et d'abandon, d'obsessions suicidaires.

Elle a choisi un contenant très efficace : un coffre cubique, noir, en plastique dur, avec des tiroirs bien huilés, « haut de gamme » et très fonctionnel : elle y met les choses qui ont besoin d'être laissées de côté pour l'instant. Puis elle classe ses émotions dans les tiroirs adéquats, l'ensemble reste bien hermétiquement fermé ; elle peut ensuite ressentir un « état sûr » : « Je sens que je m'arrondis... Les mâchoires et les épaules se détendent... Ma respiration descend plus dans mon ventre... Je me sens bien assise sur le fauteuil... » ; elle y associe le mot : « tranquillité », et nous renforçons cet état avec un *tapping* lent alterné sur ses genoux.

Puis, pour chaque émotion, je lui demande de laisser venir à son esprit une image qui peut la symboliser, en évitant qu'elle soit proche d'une situation vécue ; je fais alors des tapotements alternés sur ses genoux pendant qu'elle observe, les yeux fermés, comment évolue cette image.

T – « Quelle image pourrait représenter la peur ? »

N – Un piquet bleu, tremblant.

T – Continuez avec ça, et voyez comment l'image évolue (TA pour « tapotements alternés »).

N – Il devient informe, se liquéfie, il en fuit comme des blattes ou des rats. »

Voyant qu'elle se sent en insécurité, je lui propose de reprendre l'image de son contenant, et de laisser aller dedans ce sentiment d'insécurité et tout ce à quoi il correspond ; puis, quand elle s'est reconnectée à son état sûr, nous reprenons l'exercice :

T – « Quelle image vous vient maintenant qui pourrait représenter la peur ? Cela peut être la même, ou une autre.

N – Un grand cercle rouge, vertical devant moi, plus intense à l'extérieur, comme un globule rouge (TA).

C'est une matière comme de la chair sanguinolente, comme un cœur qui bat (TA).

Ça se met à l'horizontale, c'est comme apaisé et fluidifié (TA).

Ça disparaît ; maintenant il y a comme une prairie, je sens un apaisement dans le corps (TA).

Je suis comme devant un chemin ensoleillé, j'ai envie d'y aller. »
Après ces deux représentations positives, je lui propose de continuer avec la colère.

N – « Une boule noire avec plein de piques, électrique (TA).

Elle est devenue plus lisse, comme du bois, marron, de forme indéfinie, comme de la pâte à modeler (TA).

C'est maintenant un plan horizontal plat, métallique, très glissant, un peu incliné (TA).

Il s'étend à l'infini. Je ressens un peu de peur, de froid. »

Retour au contenant, puis à l'état sûr ; puis nous reprenons une image représentant la colère.

N – « Une mâchoire de fer (TA).

Je sens comme une tension, une électricité derrière les jambes et dans les mâchoires, que je n'ai pas envie de lâcher. Il y a des injustices sur lesquelles je ne lâcherai pas ; c'est comme si je sentais une sorte de "déesse de la justice", hypermobilisée et très envahissante. »

Je vois l'émergence d'une partie émotionnelle de sa personnalité qui ressent beaucoup de rage : je prends le temps de l'accueillir en reconnaissant qu'elle a sûrement de bonnes raisons de ressentir cela, et que nous prendrons le temps plus tard de les considérer ensemble, mais que pour l'instant l'objectif est d'apprivoiser la colère ; nous cherchons un lieu sûr spécifique adapté pour que cette « déesse de

la justice » puisse se reposer : c'est une pièce solennelle, un bureau d'homme de loi qui ressemble au bureau du président des États-Unis, avec les mots : « justice, sécurité » ; et nous cherchons à y associer une figure d'adulte sécurisant.

T – « Quelle personne pourrait rester avec cette partie de vous et l'apaiser ?

N – Un homme sage, le père L. Il me désamorce, me dit : il faut apprendre à cohabiter avec le tigre.

T – Prenez le temps d'installer cette partie de vous dans ce bureau... avec le père L... ; quand vous sentirez que c'est paisible en vous, signalez-le-moi.

N – Je me sens soulagée (des larmes coulent). Elle m'asphyxiait, m'étranglait complètement ; maintenant je suis très présente, actuelle.

T – Et maintenant, quelle image pourrait symboliser la colère ?

N – Une forme verticale plutôt carrée, en métal avec des reflets de lumière comme sur de l'eau (TA).

L'écran s'est étendu de façon circulaire autour de moi, il est vert puis bleu, j'ai une impression agréable de protection, c'est vivant, comme une danse (TA).

C'est devenu un globe ; la Terre ; elle s'est mise à distance petit à petit, sa taille diminue jusqu'à n'être qu'un petit point. »

Cette première étape d'acceptation des émotions est essentielle pour diminuer les conflits internes et préparer l'unification de la personne : c'est un travail d'intégration entre le cerveau archaïque et le cortex d'une part, entre le cerveau droit et le cerveau gauche d'autre part.

Ce travail de préparation est précieux également en ce qu'il renforce la confiance du patient dans sa capacité à revenir dans sa fenêtre de tolérance en cas de perturbation émotionnelle, et le rassure pour s'engager dans la suite du processus thérapeutique.

Le retraitement des empreintes précoces

Prenons l'exemple d'un autre patient pour l'illustrer.

« Je ne supporte pas la pression »

Jérôme, 23 ans, est un étudiant brillant : il vient me voir pour une « hypersensibilité à la pression », avec de récentes réactions violentes envers son amie qui lui reprochait d'être trop proche de sa mère. Ses difficultés dans les liens d'attachement sont confirmées par le fait qu'il allait la nuit dans le lit de ses parents jusqu'à l'âge de 3 ans, et faisait enfant des crises de colère intenses, presque chaque jour, que ses parents avaient beaucoup de mal à calmer. Sa naissance a été très difficile, le col utérin est resté fermé, et il a fallu pratiquer une incision (en plus des forceps) pour lui permettre de naître : « Je pense que j'ai été complètement "pressurisé" dans l'utérus. »

Après la phase de préparation, je lui demande de fermer les yeux, de se focaliser sur la période où il était dans le ventre de sa mère et d'observer, pendant que je fais un *tapping* alterné (TA) sur ses genoux, tout ce qui vient à l'intérieur de lui : émotions, sensations dans le corps, images, et pensées.

J – « Rien de particulier, je me sens bien (TA).

C'est toujours bien, l'image d'un fœtus qui flotte.

T – Quels mots positifs vont avec cette expérience ?

J – Je suis à ma place... je suis attendu.

T – Laissez s'installer en vous ces mots : je suis à ma place... je suis attendu..., tout en pensant à cette période de votre vie (TA).

T – À combien les ressentez-vous vrais au fond de vous, entre 1 et 7 ?

J – 7 (TA). »

Installation d'un sens de soi positif associé à cette période.

T – « Portez maintenant votre attention sur le moment de votre naissance, et observez ce qui vient (TA).

J – Une douleur dans la poitrine, des frissons dans le dos jusqu'en haut de la tête, tout l'arrière du corps ; le ventre noué, des

spasmes ; je baisse la tête, j'ai mal à la tête, une tension derrière les oreilles (TA).

Une compression sur les côtés des épaules, du dos, du thorax (TA).

De la tristesse ; compression des bras, ma tête est tirée, happée sur le côté, vers le haut ; peur, panique, solitude (TA).

Une libération, par la force qui me tirait par la tête [*il tousse*] ; moins de tristesse et de solitude ; j'ai encore peur, mais je me sens plus en contact avec quelqu'un.

T – De quoi auriez-vous eu besoin à ce moment-là ? »

C'est une forme de « tissage cognitif », pour stimuler les associations à la représentation d'une issue positive.

J – « De douceur et de contact.

T – Imaginez que vous ayez pu recevoir cette douceur et ce contact dont vous aviez besoin... et observez ce qui vous vient (TA).

J – Des mains, des bras entiers viennent me chercher dans le ventre. Je suis enlacé, au contact de la poitrine de la personne qui vient me chercher et m'accompagne dehors. Je me sens apaisé, vois des couleurs agréables (TA).

J'ai envie de tendresse, de blottissement contre le ventre, les bras, la poitrine de ma mère ; j'ai envie de découverte, de nouveauté, curiosité.

T – Quels mots positifs vont avec cette expérience ?

J – Je suis entouré ; attendu... je m'en suis sorti, je suis vivant.

T – Laissez s'installer en vous ces mots [*je les répète*], tout en pensant à votre naissance (TA). À combien les ressentez-vous vrais au fond de vous, entre 1 et 7 ?

J – 7 (TA). »

Lors de la séance suivante, Jérôme trouve qu'il a été moins stressé, n'a plus fait de cauchemars, mais il a une douleur de l'épaule droite qu'il attribue à une contraction ressentie lors de la dernière séance.

T – « Quand vous revenez sur votre naissance, qu'est-ce qui vient maintenant (TA) ?

J – La sensation d'être "pressurisé" est moins sensible. J'arrivais à me rétrécir (TA).

Douleur en arrière de la tête, comme si on venait me chercher, j'ai l'impression d'avoir une grosse tête et un petit corps qui s'adapte à l'utérus (TA).

La lutte pour faire sortir la tête.

T – Pouvez-vous observer si un mouvement actif aurait envie de se faire ? »

C'est un « tissage corporel » (voir ci-dessous).

J – *(Pendant les 5 minutes suivantes, sa tête restera inclinée vers la droite.)* « Des ondes de propulsion, comme un fluide glacial qui parcourt le tronc de bas en haut et me permet de donner un peu de mouvement ; à la fin, j'arrive à détendre la tête et le cou (TA).

Peu à peu, je reprends "consistance humaine", moins de tension dans la tête, j'ai pu sortir normalement ; puis je suis blotti contre ma mère, je reprends conscience de tout le corps (TA).

Je sens le contact chaud avec la peau ; mes bras et mes jambes sont encore engourdis (TA).

Peu à peu, je prends conscience que je peux les bouger ; mais ils sont lourds, prennent une place importante (TA).

Je suis contre ma mère, elle tripote un peu mes jambes avec sa main, ça me donne plus de légèreté.

T – Voulez-vous imaginer qu'elle vous masse (TA) ?

J – C'est un massage assez fort, mobilisant les muscles et les membres, bras gauche-jambe gauche, puis les deux côtés en même temps, les cuisses et les racines des jambes (TA). [...]

T – Quels sont les mots positifs qui vous viennent ?

J – Je ne suis pas tout seul... je suis entier » (TA). *(Installation de cette cognition positive.)*

Séance suivante : pas d'angoisses, mais une douleur de l'épaule droite persiste.

T – « Quand vous repensez à votre naissance, qu'est-ce qui vient maintenant (TA) ?

J – Un léger malaise *[il fait des mouvements de tête]* ; des frissons de peur ; la douleur du front, et derrière la tête, mais atténuée (TA). Une tension sur les deux épaules, comme une légère compression latérale, puis des pics de douleur acérés dans l'épaule droite (TA).

La douleur est variable *[il fait des mouvements, comme pour se dégager l'épaule droite]*.

T – Observez quel mouvement a envie de se faire dans votre épaule, et laissez-le se faire progressivement en poussant contre ce coussin. »

Il s'agit d'un « tissage corporel » qui vient de la thérapie sensorimotrice (p. 119) : les tensions résiduelles viennent souvent de l'action de défense active qui n'avait pu se faire lors du trauma ; celle-ci a besoin d'être éprouvée dans le corps, c'est ce que Janet appelait un « acte de triomphe ».

J – *[Il repousse le coussin sur le côté avec le bras droit.]* « Je suis plus respecté dans mes dimensions... J'ai ma place... Légitime... On fait attention à moi.

T – Quand vous repensez à votre naissance, qu'est-ce qui vient maintenant (TA) ?

J – Je combats contre les parois, je suis plus actif. *[Il fait le geste de repousser les parois des deux mains et dit : "non".]* (TA). Je n'ai plus de douleurs. »

Après avoir installé les cognitions positives « J'ai ma place », « On fait attention à moi », nous avons rapidement retraité les autres périodes précoces, notamment la naissance d'un frère ; puis deux souvenirs traumatiques à 8 et 12 ans.

À la fin de la thérapie, qui a duré trois mois, les douleurs ne sont plus réapparues, l'anxiété a beaucoup diminué, les relations à sa famille se sont apaisées et enrichies. Nous avons fait une dernière désensibilisation de l'expérience du manque de son amie, et il a installé la cognition positive : « Je peux être bien tout seul avec moi-même. »

La question de la réalité des souvenirs

Avec ce protocole, on peut légitimement s'interroger sur ce qui relève de la réémergence de traces mnésiques réelles et ce qui vient d'une reconstruction imaginaire. Cependant j'observe parfois des

réactions corporelles assez impressionnantes, et surtout je constate souvent une évolution favorable de mes patients.

Cela rend incontournable la question des « faux souvenirs ». Elle est cruciale quand il y a des enjeux judiciaires (abus sexuels pendant l'enfance, pour lesquels il est possible de porter plainte dix ou vingt ans après la majorité), ou risquant de bouleverser les relations familiales. Elle est particulièrement sensible pour les personnes qui ont eu un attachement désorganisé, avec des expériences répétées de non-reconnaissance de leurs émotions, et souvent un vécu de confusion et de doute sur leur légitimité. J'explique à mes patients que je fais *a priori* confiance à tout ce qui émerge, mais qu'il est sage d'attendre la fin du retraitement pour en tirer une conclusion. Leur vécu est authentique, qu'il corresponde précisément à un événement réel, qu'il soit une reconstruction à partir d'un contexte qui véhiculait ce type de schémas relationnels, ou qu'il soit la résonance empathique à un vécu traumatique transgénérationnel (nous en parlerons plus loin). Quand le patient a subi un abus, il arrive en général, avec l'intégration progressive des souvenirs, à en ressentir une conviction intérieure forte, et trouve parfois des éléments externes objectifs qui le confirment. Pour ma part, je ne prends pas position sur l'objectivité historique, je veille à ne pas induire de contenu particulier chez mes patients, mais je crois à leurs vécus et travaille avec eux sur ceux-ci. Mon confrère et ami François Louboff propose une bonne analyse de cette question dans son ouvrage sur les abus sexuels subis dans l'enfance¹⁶.

Une reconstruction en puzzle de souvenirs traumatiques fragmentés

Sophie, 40 ans, a un mal-être profond, avec une mauvaise image d'elle-même et des difficultés dans sa vie sexuelle, où elle se sent « salie ». Ses relations d'attachement avec ses parents étaient de style plutôt évitant. En retraitant avec l'EMDR un déclencheur récent qui avait réactivé l'angoisse et cette impression d'être salie, des souvenirs plus anciens lui sont revenus, où elle se voit vers l'âge de 6-8 ans ; des sensations physiques lui évoquent un abus.

Puis l'image de son père lui vient, et elle dit : « Non, je ne sens pas qu'il ait pu faire ça. »

Lors de la séance suivante, nous repartons des vagues impressions perceptives et émotionnelles de l'âge de 6-8 ans, il lui vient l'image d'un homme aux cheveux roux, puis des images d'une grande maison à la campagne. Elle se rappelle alors qu'elle avait été en colonie, et qu'il y avait un employé aux cheveux roux. Elle découvrira que celui-ci a été condamné pour des actes pédophiles sur d'autres enfants. Sophie a été satisfaite de trouver cette confirmation de son vécu, mais le plus important est qu'elle va bien maintenant !

Ce mieux-être peut être atteint, qu'on ait ou non une certitude sur la réalité des faits, et – dans les cas où une démarche judiciaire est entreprise –, qu'il y ait ou non une reconnaissance des faits par la justice, même si celle-ci est bien sûr très importante.

Le retraitement des empreintes précoces est particulièrement adapté aux enfants adoptés

Il permet de travailler sur les troubles de l'attachement, qui sont fréquents en cas d'adoption tardive (après 1 an).

« Pourquoi ma mère m'a laissée ? »

Soraya, 11 ans, a des troubles du comportement importants avec sa mère et au collège : opposition, agressivité verbale, agitation, mensonges, vols. Je la reçois alors qu'elle vient d'être renvoyée d'un internat. Elle est née au Brésil, a été abandonnée à 2 ans et demi et placée en orphelinat jusqu'à son adoption à 3 ans et demi. Vers 5 ans, elle dit en pleurant à sa mère adoptive : « Ma maman du Brésil est méchante, je la déteste, elle ne m'a pas dit qu'elle me laissait », et la question revient parfois : « Pourquoi ma mère m'a laissée ? »

Le protocole précoce s'est déroulé en 4 séances, avec Soraya et sa maman. Après l'avoir préparée (lieu sûr, contenant ou « boîte

à soucis »), j'ai demandé à sa maman de préparer un récit narratif de l'histoire de Soraya depuis le début, et de choisir avec elle les objets et photos qui lui « font quelque chose » jusqu'à l'âge de 4 ans ; à chaque étape de sa vie, elle s'est focalisée sur ce qu'elle ressentait pendant que je faisais le *tapping*, d'abord spontanément, puis avec les photos comme « indices de rappel » des souvenirs, et avec le récit de sa mère. Nous avons désensibilisé l'angoisse de l'abandon, et un moment important a été un « tissage cognitif imaginaire », où je lui ai proposé d'imaginer une rencontre entre ses mères biologique et adoptive. Elle a alors partagé avec sa maman beaucoup d'émotions et a pu installer les cognitions positives : « Je suis une fille bien », puis « J'ai ma place ici ». Elle a eu par la suite moins de colères et de conflits et une meilleure capacité de dialogue (« Elle arrive même à s'excuser ! » dit la mère) ; il lui est plus facile de quitter la bouderie et de se laisser déridier par des petits câlins de sa maman ; son comportement et ses résultats scolaires ont bien progressé. Une spirale positive s'est mise en place et des liens d'attachement se retissent, ce que la maman confirme en disant : « Je commence à retrouver confiance en elle. »

CHAPITRE 5

Les nouvelles approches thérapeutiques qui retraitent les souvenirs traumatiques

D'autres thérapies se basent sur ce modèle du traitement adaptatif de l'information, inspiré par les neurosciences, et sont très complémentaires de l'EMDR.

La thérapie sensorimotrice

Cette méthode, développée en Californie dans les années 1980 par Pat Ogden¹, utilise l'expérience corporelle comme point d'entrée pour accéder aux souvenirs dysfonctionnels et les retraiter. C'est en quelque sorte une approche « du bas vers le haut » au niveau cérébral (figure 4, p. 48), où on s'intéresse en priorité, non pas au récit ou au traitement cognitif de l'« histoire », mais à la façon dont le corps traite les informations, puis on le relie au vécu émotionnel et au sens qui est donné. On peut ainsi retraiter des informations dysfonctionnelles liées soit à des vécus traumatiques, soit à des blessures d'attachement.

La thérapie sensorimotrice partage avec l'EMDR le même modèle du traitement adaptatif de l'information, et certains praticiens sont

formés aux deux méthodes. Elle apporte une attention plus développée aux aspects sensoriels et moteurs de l'expérience traumatique, et utilise de façon plus approfondie la pleine conscience (chapitre 6, « Pleine conscience ou *mindfulness* », p. 163) dirigée en particulier sur le vécu corporel. Elle fait aussi appel au renforcement des ressources, par exemple le renforcement des frontières (chapitre 6, « Renforcer mes frontières », p. 174). Il est donc très naturel de « tisser » ces deux approches thérapeutiques (voir les exemples de « tissage corporel » avec Jérôme p. 113 et 114).

Pat Ogden considère Pierre Janet comme un père fondateur, et le cite volontiers : « Les patients traumatisés continuent l'action, ou plutôt la tentative d'action, qui avait commencé quand la chose était arrivée, et ils s'épuisent dans ces perpétuels recommencements². »

Cela constitue une piste passionnante pour comprendre les flash-back, mais aussi tous les phénomènes de reviviscence du trauma. On peut se référer à l'image du cerveau qui cherche à « dé-bugger » un réseau de neurones dont l'activation ne débouche pas sur une résolution satisfaisante. On peut même comprendre ainsi la raison pour laquelle des personnes ayant subi une agression se remettent parfois dans une situation à risque (ce qu'on appelle la « revictimisation ») : elles chercheraient inconsciemment à pouvoir faire l'expérience d'une capacité à se défendre de façon adaptée, d'un « acte de triomphe » que Janet décrit ainsi : « Quand une action est restaurée dans sa fonction, nous remarquons presque toujours à un certain moment qu'une forme de satisfaction réapparaît, une sorte de joie qui donne de l'intérêt à l'action, et remplace les sentiments d'inutilité, absurdité, et futilité qui avaient auparavant troublé le patient. »

Nous allons donc, à partir du problème qui amène le patient, accéder peu à peu, par la pleine conscience, aux vécus dans le corps qui y sont associés ; ceux-ci manifestent qu'un schéma dysfonctionnel est présent dans la mémoire implicite. Il peut s'agir de réactions d'orientation face au danger, ou de défenses sous-corticales

dérégulées (sidération, combat, fuite, pleurs d'attachement, ou soumission/mort feinte).

Puis elles seront retraitées, en restant aux frontières de la fenêtre de tolérance émotionnelle et en intégrant des ressources corporelles, pour que le patient puisse mener à leur terme des « actes de triomphe ».

Enfin nous prendrons le temps de valider la transformation et d'intégrer cette expérience avec les sensations corporelles, la posture et la capacité d'action, les émotions, les perceptions, et les pensées positives sur soi qui vont avec. On crée aussi avec le patient un exercice spécifique qu'il pourra pratiquer chez lui : l'objectif est d'installer un nouveau schéma, un nouvel ensemble de connexions neuronales, et seule sa mise en œuvre répétée permettra qu'il devienne un automatisme.

Les blocages de Karine

Karine, 25 ans, consulte pour des difficultés relationnelles avec les hommes ; un déclencheur récent a été un repas où elle était assise en face d'un garçon de son âge : elle a ressenti un malaise avec un blocage de la langue, du bras droit, et (elle ne me le dira que plus tard, quand la confiance sera établie) des fourmillements dans la région génitale. Nous arrivons assez vite à identifier un souvenir source : vers l'âge de 5 ans, le fils d'amis de ses parents, d'une dizaine d'années, a joué avec elle « au papa et à la maman » dans sa chambre ; il l'a entraînée sous le lit et a essayé sans succès de la violer, puis lui a dit qu'elle était nulle. Au décours de l'EMDR, il lui restait une sensation de blocage du bras droit, et nous sommes partis de cette sensation.

T – « OK, maintenant je vous propose de laisser de côté tous les autres aspects du souvenir, et d'observer simplement cette sensation dans votre bras droit... pouvez-vous me la décrire ?

K – Je le sens un peu dissocié du reste du corps, anesthésié... surtout au niveau du coude, comme s'il y avait un trou de non-conscience.

T – Ah, comme une anesthésie du coude... restez avec cela... et observez ce que vous sentez dans le reste du corps ?

K – J'ai la gorge un peu nouée... Un peu d'oppression dans le thorax...

T – OK, restez surtout présente à votre bras droit ; je vous propose de faire l'expérience de pousser ce coussin contre le mur : installez-vous le mieux possible, et observez ce qui vous vient en même temps que vous poussez...

K – Je peux pousser avec le bras gauche, mais pas avec le droit... ça me donne envie de pleurer...

T – Oui, il y a beaucoup d'émotions qui sont là... Mais restez surtout attentive à votre bras droit, et cherchons ensemble ce qui pourrait l'aider... Installez bien vos pieds sur le sol, pour sentir que la poussée vient de là... Sentez votre dos bien aligné, votre tête bien droite... Vous sentez-vous bien ancrée dans le présent ?

K – Oui, ça va mieux... Je respire mieux...

T – Super, restez bien avec cette respiration ample... cet ancrage dans le sol... qu'est-ce que vous remarquez encore dans votre corps ?

K – Je sens de la chaleur dans le ventre, de l'énergie...

T – OK, restez avec cette respiration, cette énergie dans le ventre... et voyez maintenant ce qui pourrait aider votre bras droit à pousser ?

K – Ah, j'ai une idée, si je poussais sur ma main droite avec ma main gauche ?

T – Oui, très bonne idée ; essayez cela, continuez à pousser avec l'ensemble du corps, et observez comment évoluent les sensations du bras droit.

K – Je commence à le sentir plus vivant, un peu de chaleur et de picotements.

T – Très bien, restez présente à ces sensations, laissez-les se développer... Comment est-ce maintenant ?

K – C'est de mieux en mieux, mais j'ai l'impression qu'en fait, je voudrais pousser plutôt sur le côté.

T – Très bien, je vais tenir un coussin en face de votre main ; je vous propose de laisser le mouvement se faire le plus spontanément possible, laissez-le simplement se dérouler au ralenti... »

Nous faisons plusieurs répétitions, Karine a de plus en plus de force dans son bras droit, se sent de mieux en mieux, et finit en sautillant et en étendant ses 2 bras.

K – « C'est dingue comme je me sens mieux... pleine d'énergie, de confiance...

T – Super, c'est vraiment un acte de triomphe ; prenez le temps de sentir cela dans tout votre corps... où sentez-vous surtout cette énergie et cette confiance ?

K – Je suis bien droite, j'ai de la force dans les bras ; je respire, j'ai de l'énergie dans le ventre ; je suis à l'aise pour regarder en face.

T – Très bien, restez avec toutes ces sensations [*je les redis*]... quelle émotion vous vient avec ?

K – La joie, la confiance en moi.

T – Restez avec ces sensations [*je les redis*], cette émotion de joie, de confiance en vous... quel mot positif sur vous-même vous vient ?

K – Solidité.

T – Restez avec ces sensations... cette émotion de joie, de confiance en vous... ce mot : solidité... y a-t-il une image qui vous vient avec cela ?

K – Je me vois en train de chanter devant tout un groupe.

Nous installons ce réseau d'expériences positives, et lui proposons de le pratiquer chez elle régulièrement, en se remettant dans la posture correspondante.

La thérapie sensorimotrice a aussi une approche « développementale » qui vise à retraiter les blessures d'attachement, c'est-à-dire les expériences de détresse émotionnelle de l'enfance qui n'ont pas de caractère traumatique (au sens de danger vital). Ces expériences ont entraîné des croyances limitantes, des stratégies de défenses émotionnelles contre des sentiments de rejet, d'abandon,

ou d'intrusion, qui s'inscrivent à la fois dans une posture corporelle et dans des « stratégies de caractère³ ».

Pour traiter, nous cherchons d'abord, dans le comportement présent, des indicateurs de tendances liées à l'attachement : à partir d'un problème relationnel actuel, on approfondit ce qui est évoqué dans le corps, les émotions, le sens de soi, un souvenir d'enfance qui peut émerger. L'accordage du thérapeute est essentiel ; c'est vraiment la qualité de sa présence et de son accompagnement qui aide peu à peu le patient à se reconnecter à la douleur de l'enfant qu'il était, au besoin développemental qui lui a manqué, à la croyance limitante et au sens de soi qui a été altéré. Ces besoins développementaux sont le besoin de se sentir regardé, accueilli, légitime ; le besoin de contact, de protection et d'apaisement ; le besoin d'affection, de confiance, de stimulations, d'encouragement, d'autonomie. Quand ils ont manqué, les croyances limitantes peuvent être : « Je ne suis pas légitime, je n'ai pas le droit de vivre », ou « Je ne peux compter sur personne », « Je dois toujours garder le contrôle », « Je dois faire ce que l'autre veut pour être accepté », etc.

Nous partons toujours de l'idée qu'en réactivant un réseau de neurones, la reconsolidation du souvenir peut diminuer le « cercle vicieux » des automatismes et ouvrir de nouvelles associations positives. Pour parvenir à ce « traitement spécifique d'état », il faut faire revivre l'enfant intérieur, comme d'ailleurs de très nombreuses écoles psychothérapiques l'ont bien compris.

Quand le patient est connecté à cette douleur de l'enfant intérieur, nous proposons des expérimentations, des « sondages », pour stimuler les réseaux correspondant à l'expérience relationnelle manquante, par exemple : « Observez ce que vous sentez en vous quand je vous dis : tu es le bienvenu ici... »

Toutes les psychothérapies cherchent au fond à modifier des réseaux de mémoire implicite dysfonctionnels qui viennent soit de blessures d'attachement, soit de vécus traumatiques. Et je suis impressionné par ce travail d'unification intérieure que j'observe chez mes patients : que ce soit avec l'EMDR, qui permet de

« naviguer » entre les niveaux cognitif, émotionnel, et corporel ; ou avec la thérapie sensorimotrice, où nous choisissons de partir du corps et d'approfondir tout le travail qui peut s'y faire, pour ensuite l'intégrer « de bas en haut ».

Le somatic experiencing

Plusieurs de mes collègues praticiens EMDR utilisent avec bonheur cette technique très proche de la thérapie sensorimotrice.

Peter Levine⁴, qui l'a créée en 1979, se réfère à notre héritage de l'évolution, aux systèmes de défense archaïques profondément inscrits dans notre cerveau « reptilien », et en particulier à la réaction de figement, ou « mort feinte » ; nous avons vu que celle-ci se déclenche quand ni le combat ni la fuite ne sont possibles. La chance des animaux est qu'ils sortent très facilement de ce figement. On verra par exemple une gazelle, qui a échappé à un lion, secouer tout son corps dans une espèce de tremblement, comme pour évacuer l'activation qui était restée bloquée, puis reprendre sa vie normale⁵.

La réponse de figement, qui existe aussi chez l'homme, entraîne une expérience très pénible d'impuissance, de perte de contrôle, et favorise les mécanismes dissociatifs. C'est ce que vit par exemple un enfant abusé qui ne sent rien dans son corps et a son attention fixée sur un détail de l'environnement, ou peut se percevoir comme de l'extérieur, comme si ce qui arrivait ne le concernait pas.

Quand nous sortons du figement, nous avons souvent de brusques et intenses accès de décharge émotionnelle et d'hyperactivation sympathique, avec un vécu de panique ou de rage. J'ai souvent remarqué chez des patients cette peur de perdre le contrôle, de devenir violent envers eux-mêmes ou envers autrui ; et ces conflits internes entre différents systèmes de défense risquent de fixer des zones de clivage ou de dissociation.

Peter Levine souligne aussi l'importance de la dimension communautaire de la guérison dans les sociétés traditionnelles : les guérisseurs ou chamans utilisent souvent des plantes hallucinogènes, qui induisent un état de conscience modifié, et des tambours, des chants et des danses qui expriment le soutien et la résonance rythmique de la communauté (danser d'un pied sur l'autre est aussi une forme de stimulation bilatérale alternée !). Dans ce « bain », cette nouvelle « enveloppe psychique », mêlant contenance émotionnelle et réactivation de l'état de conscience associé au trauma, des récits symboliques stimulent de nouveaux réseaux associatifs et réintègrent la personne dans sa famille élargie. Une métaphore souvent utilisée est de réunifier l'esprit, ou l'âme de la personne, et son corps. On remarque enfin que le patient est souvent agité de secousses ou de tremblements vers la fin du traitement.

La ressource principale mobilisée au cours de cette thérapie, qu'il appelle le *felt sense*, est proche du concept de soi central de Damasio, que nous avons déjà évoqué ; en thérapie sensorimotrice, on parle de « la pleine conscience dirigée sur le corps ».

Peter Levine utilise la métaphore de la fenêtre de tolérance émotionnelle : nos expériences s'écoulent comme un courant d'énergie vitale entre des berges qui maintiennent un vécu corporel de sécurité ; le choc traumatique vient faire effraction de ces berges, et il se crée alors en dehors un tourbillon, un « vortex traumatique » (cela correspond au réseau du souvenir dysfonctionnel associé à l'amygdale). Le thérapeute renforce des ressources corporelles, un « vortex de guérison » ; puis il accompagne son patient dans une « renégociation » en oscillant entre ces deux vortex (réactivation progressive des sensations et impulsions motrices associées au souvenir traumatique, et reconnexion aux ressources corporelles). Si des tremblements surviennent, il encourage à les laisser se dérouler spontanément, comme une vague d'activation qui va passer par un pic puis redescendre.

Ainsi le patient peut petit à petit intégrer des défenses actives aptées et, comme aurait dit Janet, faire l'expérience d'un « acte triomphe ».

Le *brainspotting*

David Grand⁶ a développé cette technique depuis 2003. Praticien EMDR, il travaillait, avec une jeune patineuse artistique, sur des difficultés de performance associées à des résonances de souvenirs traumatiques. Pour traiter son blocage à réaliser un triple saut, il l'invitait à se visualiser en train de le réaliser lentement et à arrêter l'image au moment précis où la perturbation intervenait ; puis à suivre ses doigts en faisant des mouvements oculaires horizontaux. Après quelques allers-retours, ses yeux ont oscillé en microsaccades puis se sont figés : David a alors maintenu ses doigts en face de cette position des yeux, et il a été produit pour la patiente une accélération du retraitement de nombreux souvenirs traumatiques. Le lendemain, elle lui a téléphoné pour lui annoncer qu'elle avait plusieurs fois réussi le fameux triple saut. Il a donc été attentif à des manifestations similaires chez d'autres patients, et quand c'était le cas, a répété la procédure de maintenir la fixation du regard à cet endroit : les bénéfices observés l'ont conduit à développer un nouveau protocole.

Après que les patients se sont connectés au problème qui les affecte, on leur demande de chiffrer leur niveau d'activation émotionnelle (entre 0 et 10) et d'observer où elle est le plus présente dans le corps. Puis on cherche, en déplaçant un pointeur dans le champ visuel du patient, le point de fixation du regard qui est associé à la plus forte activation émotionnelle. On associe souvent des stimulations bilatérales auditives, en proposant au patient des écouteurs avec un mélange de musique et de sons de la nature qui est plus intense alternativement à droite

et à gauche. Après avoir accompagné le patient vers une pleine conscience dirigée sur le réseau d'expérience activé, le thérapeute reste en accordage avec lui, renforce des ressources pour l'aider à rester dans sa fenêtre de tolérance émotionnelle si nécessaire, et la suite du processus est essentiellement le déroulement des associations libres du patient.

L'explication neurobiologique proposée est la suivante : ces points de fixation ou *brainspots* permettraient l'activation et le retraitement des réseaux de souvenirs traumatiques figés dans une association à des systèmes de défense sous-corticaux. Une hypothèse séduisante associe cela aux colliculi supérieurs (figure 3, p. 34) : ces petits noyaux situés en haut du tronc cérébral, sous le thalamus, contrôlent la position de la tête et des yeux en réponse aux stimuli visuels, auditifs et sensitifs ; ils jouent donc un rôle important dans les réactions d'orientation vers un danger potentiel, qui sont associées aux réactions de défense instinctives.

Les apports des différentes approches pour traiter les souvenirs traumatiques dysfonctionnels

- Avec l'EMDR, on identifie les aspects sensoriels, cognitifs, émotionnels, et les sensations dans le corps.
- La thérapie sensorimotrice et le *somatic experiencing* focalisent plus l'attention sur l'activation du système nerveux autonome et les aspects moteurs (posture, tensions ou tremblements, préparation à l'action de défense).
- Le *brainspotting* utilise la réaction d'orientation face au danger et la zone du champ visuel associée.

Des enrichissements de cette technique, encore récente, sont en cours de développement. Par exemple, on peut alterner le retraitement du souvenir traumatique et la reconnexion aux ressources, ou on peut « fractionner la cible », c'est-à-dire diminuer le niveau global d'information traumatique et d'émotion réactivée, pour rester dans la fenêtre de tolérance : on peut occulter un œil, et il est

très intéressant de remarquer que, selon l'œil qu'on garde ouvert en pensant à un souvenir chargé d'émotions, cela change non seulement le niveau d'activation, mais aussi la perspective que nous avons sur ce souvenir.

Voulez-vous tenter cette expérience ?

Pensez à un souvenir qui reste quelque peu perturbant pour vous, et notez le niveau de perturbation entre 0 et 10 ; puis masquez votre œil droit avec une main pendant environ une minute et notez le niveau de perturbation, masquez ensuite votre œil gauche pendant environ une minute et notez le niveau de perturbation ; masquez à nouveau votre œil droit une minute et notez le niveau de perturbation.

Observez enfin si la qualité de l'émotion, ou la façon d'envisager le souvenir, était différente selon l'œil qui était masqué.

L'EMDR et ces autres thérapies utilisant le modèle du traitement adaptatif de l'information n'ont pas émergé à partir de rien ! Elles se sont nourries de nombreux apports et tissent des liens très étroits avec d'autres formes de thérapies, notamment l'hypnose.

Quels sont les liens avec l'hypnose ?

Pour Milton Erickson, « l'hypnose est en fait l'induction d'un état psychologique particulier qui permet aux sujets de réassocier et de réorganiser les complexités intérieures psychologiques dans une direction conforme aux items uniques de leurs propres expériences psychologiques⁷ ». On est bien là dans le registre du traitement adaptatif de l'information ! L'hypnose est un champ très vaste et ouvert, et l'EMDR en a tiré de nombreuses ressources : l'exercice du lieu sûr, le contenant et l'état sûr, le faisceau lumineux (chapitre 6, « Le faisceau lumineux », p. 182) n'en sont que quelques exemples.

Il y a cependant une différence importante : en hypnose, le patient est maintenu de façon prolongée dans un état de conscience particulier, la « transe », et la partie de lui qui reste en position d'observateur est parfois minimale (si la transe est profonde), alors qu'en EMDR, nous alternons des phases où le patient porte son attention sur le réseau de souvenirs traumatiques et des phases où il échange avec le thérapeute, dans un état de conscience ordinaire. Et même quand la conscience est focalisée sur le vécu du souvenir, le patient est invité à garder « un pied dans le passé, un pied dans le présent » ; et à rester observateur de ce qui se passe dans son activité mentale, ses émotions, et son corps.

Pour souligner la parenté de la thérapie sensorimotrice avec l'hypnose, je citerai François Roustang, hypnothérapeute réputé : « Qu'est-il opéré dans une cure, si ce n'est dégager, décrasser, désengorger, réanimer le système sensorimoteur, celui de la sensibilité et du mouvement, ce par quoi Aristote déjà caractérisait le vivant ? N'est-ce pas la vie qui, par l'usage de la sensorialité et de la motricité, invente, improvise, se joue des hasards et des sauts, et accomplit toutes ces tâches par sa recherche d'une meilleure adaptation à l'environnement proche et lointain ? Toute trouvaille de la vie a pour visée la recomposition de son monde. En réactivant le mouvement induit par les sens, thérapeutes et thérapeutés imitent la vie qui meurt aux formes anciennes pour en faire surgir de nouvelles⁸. »

Le *brainspotting* a lui aussi une parenté évidente avec l'hypnose, puisque la fixation du regard sur un point est une procédure d'induction hypnotique classique, mais il apporte des éléments spécifiques : le choix du point de fixation associé à la plus forte activation émotionnelle me paraît très intéressant, de même que l'association à des stimulations bilatérales auditives ; enfin, une fois que le patient est entré dans le processus, le thérapeute l'accompagne en limitant au maximum ses interventions.

Contrairement aux représentations d'un « pouvoir » qu'induit l'hypnose-spectacle, la grande majorité des hypnothérapeutes ont une éthique très respectueuse, et sont surtout orientés vers la mise

en place d'un contexte permettant aux ressources du patient de s'exprimer. Cependant l'EMDR offre une relation au patient particulièrement ajustée, à la fois respectueuse et engagée, et un équilibre très intéressant entre le cadre et la créativité. Le fait de suivre un protocole avec des repères précis est sécurisant pour le thérapeute comme pour le patient, et constitue un « objet transitionnel » qui médiatise la relation. Il est en effet rassurant, surtout pour un patient qui a un attachement insécure ou désorganisé, de se situer dans une relation de coopération, où la méthode est plus importante que le thérapeute : plus le thérapeute induit que c'est sa personne qui est importante, plus il stimule le système de l'attachement, plus il est en posture de sauveur, et plus il risque fort d'être perçu comme persécuteur. À partir de ce cadre, je serai bien sûr amené à m'adapter à chaque patient et à créer avec chacun une forme de thérapie spécifique ; et j'ai l'impression que ma vitalité, ma liberté, ma créativité et mon plaisir dans mon travail ont largement augmenté !

La transmission transgénérationnelle du traumatisme

Partons d'une histoire de thérapie qui illustre l'importance des neurones miroirs et de l'empathie, et qui permet de bien comprendre la transmission intergénérationnelle de certains traumatismes, ainsi que l'intérêt de tisser l'EMDR avec d'autres approches thérapeutiques

« La femme est une victime »

Valérie, 35 ans, souffre de douleurs lors des relations sexuelles : quand nous explorons ce vécu, il est associé à des images négatives de la femme comme victime potentielle et à une émotion de peur. Je l'invite à se concentrer sur cette douleur, cette pensée négative : « La femme est une victime », et cette émotion de peur, à se laisser flotter en arrière dans le passé, et à observer

s'il lui vient un souvenir, et quand elle a pu ressentir cela pour la première fois. Aucune situation de danger personnel ne lui est venue, mais Valérie se souvient alors d'une scène, vue à l'âge de 8 ans, où elle a eu l'impression que sa mère risquait d'être violée par son père. Je lui ai proposé l'hypothèse que ses neurones miroirs avaient pu être « impressionnés » par le réseau de vécu traumatique qu'elle avait senti chez sa mère. (*L'analyse transactionnelle parlerait d'une partie traumatisée de son état du moi « parent ».*)

Nous avons travaillé en utilisant une technique issue de la Gestalt, s'asseoir sur différentes chaises pour se placer dans les différentes perspectives : elle s'est assise sur une autre chaise, à la place de sa mère (disons Anne), et nous avons retraité le trauma de l'angoisse du viol dans la perspective d'Anne. Puis Valérie est revenue sur sa chaise de départ, je lui ai demandé de réévaluer le souvenir dans sa perspective à elle, et nous avons retraité la perturbation modérée qui persistait.

Hélène Dellucci⁹ propose cette explication de la transmission transgénérationnelle du traumatisme : un enfant qui voit son parent en détresse inexplicquée (parce qu'il est pris par des flash-back) active ses neurones miroirs et se sent lui-même en danger ; cela stimule encore plus son système d'attachement, tandis que le parent, envahi par son vécu interne, n'est pas en mesure de l'apaiser. L'enfant vit alors une expérience de perturbation émotionnelle intense, sans solution pour s'adapter, qui reste donc fixée comme un souvenir traumatique. Cela rejoint l'approche de la psychanalyste Selma Fraiberg¹⁰ : elle considère les problématiques parentales non élaborées comme des sortes de cryptes psychiques qui risquent de créer des « fantômes dans les chambres d'enfants ».

De nombreuses études¹¹ ont mis en évidence des modifications dites épigénétiques, chez les survivants de la Shoah, qui peuvent se transmettre à la génération suivante : il s'agit de la modulation de l'activité d'un gène, au niveau de l'hippocampe, par une sorte d'« interrupteur ». Ce gène protège contre le stress en diminuant l'activité de

l'axe corticotrope dans l'hypothalamus et le niveau d'hormones de stress. Si l'expression de ce gène est empêchée, le stress entraînera un niveau de cortisol élevé qui détruira des cellules de l'hippocampe.

On observe de même, chez le rat nouveau-né qui a manqué de léchage et de contacts tactiles (indicateurs de la qualité du maternage), que cet interrupteur est défectueux et que le rat est plus sensible au stress ; la bonne nouvelle est que cet effet est réversible avec un bon maternage. On a mis en évidence la même modification dans l'hippocampe de personnes qui avaient subi une maltraitance dans l'enfance.

La transmission intergénérationnelle du stress peut donc procéder de l'épigénétique, de soins maternels précoces perturbés, et de l'exposition aux réactions post-traumatiques des parents. Comme le dit Michael Meaney, « ces liens sont dynamiques et agissent tout au long de la vie. Ce ne sont pas uniquement les substances chimiques qui affectent les mécanismes, mais aussi l'environnement familial, social, voire politique ».

La thérapie des troubles dissociatifs

Nous avons évoqué plus haut les troubles dissociatifs que l'on observe en cas de traumatismes complexes, en particulier quand ils sont liés aux figures d'attachement. Les parties émotionnelles (PE) de la personnalité sont clivées du reste de la personnalité. Différents sens de soi, au moins ébauchés, sont associés à des systèmes psychobiologiques distincts (on peut même les visualiser par différents types d'activation du cerveau, voir p. 69) ; ils sont en général associés à un système de défense archaïque face au danger (figures 4, 5, 10 et 11, p. 48, 50, 70 et 73) et à un vécu émotionnel très intense, et se vivent comme si la personne se trouvait encore dans la situation traumatique du passé. L'EMDR (comme d'ailleurs la thérapie sensorimotrice, le *brainspotting*, l'hypnose ou d'autres approches), en stimulant les réseaux associatifs à partir du vécu émotionnel, fait

parfois émerger ces parties ; les praticiens ont donc développé plusieurs façons de traiter ces problématiques de façon sécurisante. Dans ce cadre, il n'est plus question de thérapie brève, le parcours thérapeutique prendra souvent quelques années : le patient devra en effet surmonter des phobies et rétablir des connexions qui ont été clivées, à un niveau psychologique, mais aussi dans le fonctionnement cérébral.

La théorie de la dissociation structurelle de Van der Hart, Nijenhuis, Steele¹² propose un modèle de compréhension et de traitement qui suit le modèle en trois phases de Pierre Janet (figure 13, p. 86), dont il faut une fois encore saluer la pertinence ! 1) Stabilisation et réduction des symptômes¹³ ; 2) Travail sur les traumatismes ; 3) Intégration.

La phase de stabilisation intègre plusieurs objectifs

CONSTRUIRE LA CONFIANCE EN SOI, AVEC LE THÉRAPEUTE, ET DANS LE PROCESSUS THÉRAPEUTIQUE

Les personnes souffrant de troubles dissociatifs ont en général vécu plusieurs échecs thérapeutiques et se sont rarement senties comprises : le risque est de travailler avec seulement une partie de la personnalité et de renforcer le vécu d'exclusion et les réactions négatives d'autres parties. C'est une situation où la psycho-éducation est très importante : elle permet aux patients de comprendre la formation de leurs symptômes, qu'ils ne sont pas fous ou monstrueux, mais qu'ils ont eu des réactions physiologiques intenses face à des situations traumatiques anormales.

Nous commençons ainsi un *repérage et un « apprivoisement » des parties émotionnelles de la personnalité*, en reconnaissant l'importance de leur rôle et qu'elles ont fait du mieux qu'elles pouvaient. Notre objectif n'est pas de les rejeter, mais de les réorienter dans le présent, où la situation n'est plus aussi dangereuse, et où elles peuvent exprimer des émotions et réactions plus souples et adaptées.

La psycho-éducation permet de situer la relation thérapeutique dans le système de la coopération, plutôt que d'activer le système de l'attachement lié au danger¹⁴. Les personnes ayant vécu un attachement désorganisé oscillent souvent entre une angoisse de l'abandon et une phobie de l'attachement, qui est pour elles associé à un risque de maltraitance. C'est pourquoi je dis à mes patients que je suis imparfait et parfois maladroit, et qu'il y aura probablement des moments où l'insécurité de l'attachement sera réactivée dans la relation thérapeutique : il sera alors très important qu'ils puissent m'en parler, que nous puissions lever les malentendus et réparer l'accordage, et cela sera souvent un moment important de la thérapie. La prévisibilité du thérapeute est très sécurisante. Une patiente m'a ainsi confié un jour : « Je sais que c'est irrationnel, mais une partie de moi a de temps en temps la conviction angoissante que vous allez me laisser tomber brusquement, pour un motif minime, en pensant que je ne suis pas digne de confiance. »

Le réaccordage patient-thérapeute

Une autre patiente a débuté une séance en m'annonçant : « Vous savez, avec ce qui s'est passé la dernière fois, je me suis sentie très mal, j'ai failli ne pas revenir. »

Je lui dis que j'en suis désolé. Peut-elle me préciser ce qu'elle a mal vécu venant de moi ? *[Je n'en avais pas la moindre idée.]*

P – « C'est quand, à un moment, vous avez souri ; je me suis demandé ce que vous vouliez.

T – Il me semble me rappeler que vers la fin de la séance vous avez souri, j'ai eu l'impression que vous sentiez un apaisement, et moi aussi j'ai souri : est-ce bien cela ?

P – Oui, mais ce n'était pas du tout ça ! Quand je souris, c'est que je me sens mal à l'aise ; et surtout, j'ai peur qu'on envahisse mes limites, et là j'avais peur de ce que vous vouliez avec votre sourire.

T – Ah, je comprends maintenant... Je suis vraiment désolé d'avoir interprété de travers votre sourire et d'avoir eu cette réaction à côté de la plaque, j'essaierai d'être plus attentif. Merci vraiment de m'aider à mieux comprendre ce qui se passe pour vous... Je vois que c'est un enjeu important de renforcer votre sentiment

de sécurité et de contrôle sur vos limites, voulez-vous que nous travaillions là-dessus aujourd'hui ? »

Nous avons alors fait un exercice de renforcement des frontières (chapitre 6, « Renforcer mes frontières », p. 174).

TOUS LES ASPECTS DE LA STABILISATION DOIVENT ÊTRE ENVISAGÉS (figure 14)

Il y a parfois des aspects judiciaires, sociaux, médicaux, à prendre en considération ; une prescription médicamenteuse est parfois nécessaire, ainsi qu'un travail en réseau bien coordonné. Il est souvent utile d'associer la thérapie individuelle à un travail de groupe.

La stabilité du contexte proche est essentielle : si la personne est dans une situation abusive qui la retraumatise au quotidien, la thérapie doit d'abord prendre en compte l'enjeu de la sécurité du présent.

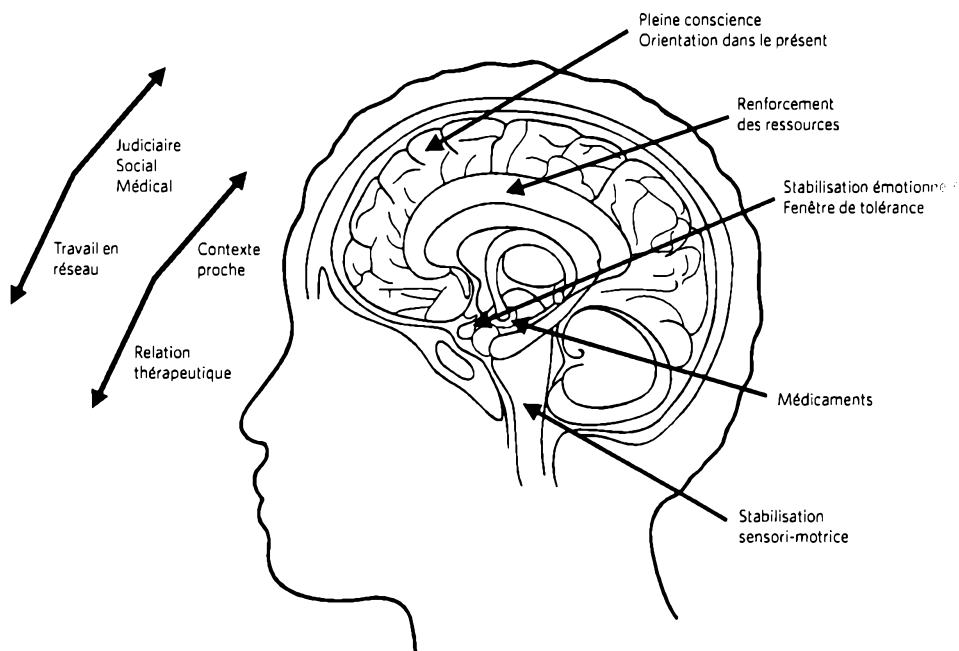
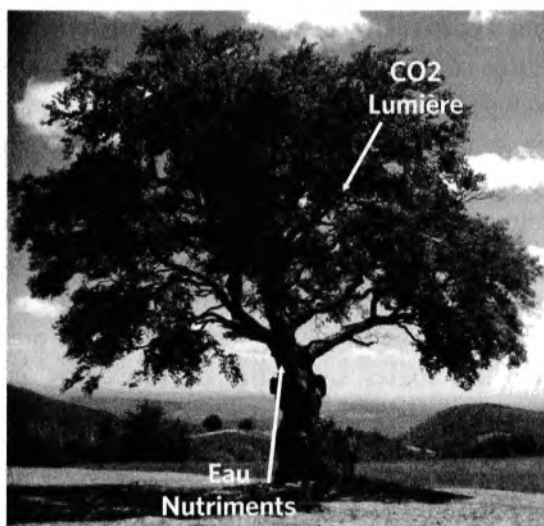


Figure 14. Stabiliser. Les champs de la stabilisation.

IL EST IMPORTANT DE PRENDRE LE TEMPS DE RENFORCER LES RESSOURCES

C'est ce qui m'a poussé à écrire le « Carnet des ressources », présenté p. 243. Avec un entraînement régulier, les capacités de régulation émotionnelle, essentielles à l'efficacité de l'EMDR, vont pouvoir se développer. Nous ne travaillons bien que dans la fenêtre de tolérance émotionnelle. Pour « aller chercher » les parties émotionnelles, nous irons vers les limites de cette fenêtre de tolérance émotionnelle (figure 11, p. 73), mais en ayant confiance en notre capacité à revenir dedans.

J'insiste sur deux ressources essentielles, qui forment comme les deux tranches d'un « sandwich » entre lesquelles nous pourrions digérer tous les souvenirs traumatiques : la pleine conscience, qui permet de garder une position de recul, d'observation des états mentaux, et de conscience de la sécurité du présent (on garde le cortex préfrontal médian actif) ; et l'ancrage dans le corps ici et



Pleine conscience
Soi compétent adulte

- perceptions
 - pensées
 - émotions
 - sensations
 - actions
- unité

Soi existentiel
Ressources corporelles

Figure 15. Sandwich des ressources. (D'après Schmidt.)

maintenant (le soi central ressenti). Je compare ces ressources à la vie d'un arbre (figure 15) qui a besoin de ce qui lui vient d'en haut, par ses feuilles, le gaz carbonique et les rayons ultraviolets qui lui permettent la photosynthèse ; et de ce qui lui vient d'en bas, l'eau, les nutriments et sels minéraux qu'il trouve dans la terre. Dès lors, la sève circule, il est capable de contourner de nombreuses blessures et de continuer son chemin de croissance.

Le travail avec Félicité sur un trauma extrême

Félicité est une étudiante rwandaise qui souffre de troubles dissociatifs majeurs. Elle a des zones d'insensibilité dans le corps, des réactions émotionnelles paradoxales et débordantes, et de brusques passages entre un comportement adulte et un vécu de petite fille totalement dépendante : elle doit alors demander l'aval de la secrétaire de la faculté pour entreprendre la moindre action.

Elle s'est réfugiée avec ses parents au Congo pendant le génocide au Rwanda alors qu'elle avait 5 ans, mais ils ont disparu au cours d'un massacre. Elle s'est retrouvée seule dans la forêt avec un jeune garçon, avant d'être « adoptée » par une famille congolaise qui l'a utilisée comme esclave. Après tout un parcours complexe, elle a développé de très bonnes compétences scientifiques (« Avec les équations, je me sens en sécurité ») mais est totalement immature dans les relations.

Ma collègue psychologue Anne-Sophie Renucci a développé, pour l'aider à se stabiliser, l'« exercice de l'enveloppement » : une fois assise dans un fauteuil confortable, Félicité prend conscience de ses appuis (chapitre 6, « Ancrage et alignement », p. 158), puis elle touche avec ses mains toutes les parties de son corps, en remontant des pieds à la tête en observant et nommant toutes les sensations ; elle passe alors à l'exercice du lieu sûr, puis à la respiration en cohérence cardiaque (chapitre 6, « Le lieu sûr », p. 166 ; « Respiration et cohérence cardiaque », p. 168). Dès qu'une émotion apparaît, Anne-Sophie l'aide à la verbaliser et à l'associer à une pensée positive.

Pour ces patients qui ont vécu des expériences traumatiques dans les liens d'attachement, il sera utile d'utiliser le protocole de retraitement des empreintes précoces (chapitre 4, « Le retraitement des empreintes précoces », p. 105) : ses exercices préparatoires, le contenant et l'état sûr (chapitre 6, « Le contenant et l'état sûr », p. 161), sont particulièrement utiles à la stabilisation ; ainsi que la réinitialisation des émotions (voir l'exemple de Nathalie, p. 108), qui aide à apprivoiser les émotions intenses.

Ces patients suscitent mon admiration et ma confiance, et je le leur dis. Malgré des traumatismes parfois majeurs depuis un âge très jeune, ils ont réussi à survivre et osent venir demander de l'aide, ce qui est un signe de confiance. Ils ont su trouver des ressources à la hauteur de leurs défis, en eux et dans leur environnement.

La phase de travail sur les traumatismes

Au cours de ce travail, il est important de ne pas renforcer les clivages entre les différentes parties de la personnalité. La visée générale du traitement est de *renforcer la coconscience et la coopération entre les parties de la personnalité* : en exprimant à chacune une validation, de la reconnaissance, de l'empathie, le thérapeute aide au développement de liens d'attachement internes, à un reparentage des enfants intérieurs. Il soutient la partie adulte (ou PAN) et s'appuie aussi sur des figures ressources (chapitre 6, « La famille symbolique », p. 180) pour prendre soin des parties émotionnelles.

Il faut toujours aider la personne à rester dans sa fenêtre de tolérance émotionnelle, et pour cela *doser l'exposition* aux réseaux de souvenirs traumatiques très progressivement : commencer par un trauma relativement mineur, ou fractionner la cible (ne considérer par exemple que les sensations dans le corps, nous l'avons vu à propos de la thérapie sensorimotrice), ou utiliser des procédures de distanciation issues de l'hypnose (imaginer voir la scène projetée sur un écran, et le patient peut, grâce à une télécommande

imaginaire, moduler la taille de l'écran, le son, la vitesse de déroulement, etc.). On peut aussi osciller entre une exposition brève au souvenir traumatique (par exemple 3 secondes pour commencer), et le réancrage de la sécurité ressentie dans le corps et de l'orientation dans le présent.

Des médiations sont souvent utiles, utilisant des ressources comme l'expression corporelle, l'art-thérapie ou l'écriture pour symboliser les vécus internes (comme la lettre d'Élodie à la fin du chapitre 3, p. 74).

La phase d'intégration

Elle comporte toujours une certaine connotation de deuil, et s'accompagne souvent de larmes : l'ensemble de la personnalité réalise l'intensité des souffrances vécues, tout ce qui a manqué et ne reviendra jamais. Parfois aussi, il n'est pas si simple de vivre avec des niveaux émotionnels moins intenses ; mais cela est largement compensé par la joie de se sentir plus unifié, en paix à l'intérieur de soi, et par les nouvelles possibilités qui s'ouvrent à la personne.

Il est important de soutenir toutes les compétences qui n'ont pu encore être complètement exercées ; elles correspondent à de nouveaux réseaux neuronaux qui doivent être renforcés. C'est un véritable enjeu de rééducation, comme pour quelqu'un qui a été paralysé ou crispé dans diverses postures dysfonctionnelles, et qui doit apprendre les gestes adaptés.

Certaines phobies devront être traitées, comme la peur de l'intimité dans ses aspects à la fois d'attachement et de relations sexuelles.

D'autres enjeux sont à vrai dire notre travail à tous : apprendre à doser proximité et distance, à faire confiance aux autres avec discernement ; à demander et à refuser, à recevoir et à donner ; savoir exprimer de la gratitude, s'ouvrir à pardonner et recevoir le pardon.

Certaines compétences relationnelles seront parfois mieux entraînées dans des situations de groupe, comme apprendre à s'affirmer

de façon juste, articuler les besoins d'appartenance et de différenciation, exprimer de l'humour et de la créativité, accepter ses limites et laisser s'exprimer ses talents.

L'intégration des fragments de souvenirs traumatiques en un souvenir cohérent, situé dans le temps, est pour ces patients un travail plus vaste d'intégration des différentes parties de la personnalité. Elle se traduit aussi par la capacité à faire un récit narratif autobiographique (il est d'ailleurs important pour de nombreux survivants de l'écrire), en étant en accord avec soi-même. Cela manifeste l'intégration des mémoires implicite et épisodique et la cohérence entre le soi central et le soi autobiographique, entre la perspective de l'hémisphère droit et de l'hémisphère gauche. Nous avons alors le sentiment profond d'avoir su donner un sens à notre existence, et d'être libres de construire un projet de vie.

Le système familial intérieur

Richard Schwartz¹⁵ propose un autre modèle descriptif et thérapeutique des troubles dissociatifs peut-être moins fouillé scientifiquement, mais plus facile d'accès. Il estime que nous sommes tous porteurs de sous-personnalités ou parties, qu'il définit comme « un système mental autonome et distinct qui présente un éventail d'émotions spécifiques, son propre style d'expression, ses propres talents, désirs et perceptions du monde ». Ce n'est que chez les personnes gravement traumatisées que ces parties sont complètement isolées les unes des autres, du fait de leur polarisation dans des réactions opposées. Il rappelle l'antériorité de cette perspective, en particulier chez Jung : « Je soutiens que notre inconscient personnel aussi bien que collectif consiste en un nombre indéfini, car inconnu, de complexes ou de personnalités fragmentaires¹⁶. »

Je partage sa vision positive : chacun, quelle que soit la sévérité de ses symptômes, possède un Self intact, défini comme un

sentiment de clarté, de calme, de confiance, de liberté ; avec la capacité d'être centré dans le présent, ouvert et connecté avec l'univers, ou absorbé dans une activité. Cet état très proche de la pleine conscience correspond à ce que certains psychologues appellent le *flow*¹⁷, ou le philosophe Pierre Hadot¹⁸ la « vision d'en haut ». C'est finalement la dimension spirituelle de la personne, qui a été traduite par des termes différents selon les cultures.

J'apprécie aussi sa perspective systémique : il propose d'évaluer, dans chaque situation, si on va travailler en priorité avec le système familial externe ou avec le « système familial interne » qui inclut ces différentes parties ; enfin il propose, comme je le ferai au dernier chapitre, d'élargir les applications de son modèle aux niveaux culturel et sociétal : pour ne prendre qu'un exemple, il observe que des « fardeaux » résultant de traumatismes accumulés au cours de l'histoire d'une société, comme le racisme aux États-Unis, contribuent au maintien de la polarisation de sous-groupes culturels dans cette société.

Il propose de classer les parties du système intérieur entre les « managers » qui privilégient le contrôle et l'adaptation sociale ; les « exilés », semblables à des enfants vulnérables et rejetés, porteurs d'émotions très intenses et demandeurs d'affection à tout prix ; et les « pompiers », souvent polarisés avec les « exilés », qui essaient à tout prix d'éteindre l'incendie des émotions intenses par la boulimie, la prise de drogues, les scarifications, la masturbation compulsive, et d'autres actions défensives dysfonctionnelles.

Il faudra donc d'abord renforcer les ressources du Self et la confiance que peuvent lui faire les managers pour collaborer ; quand le Self sera suffisamment différencié, il sera capable d'éprouver de l'acceptation et même de la compassion pour les « exilés » et de les reparenter. Puis il y aura un travail de dépoliarisation entre les parties, en particulier les pompiers et les exilés, en les ramenant au présent et en les aidant à se débarrasser de leurs « fardeaux ». Ceux-ci correspondent aux réseaux de souvenirs traumatiques et aux transmissions familiales dysfonctionnelles (on retrouve ici les traumatismes transgénérationnels).

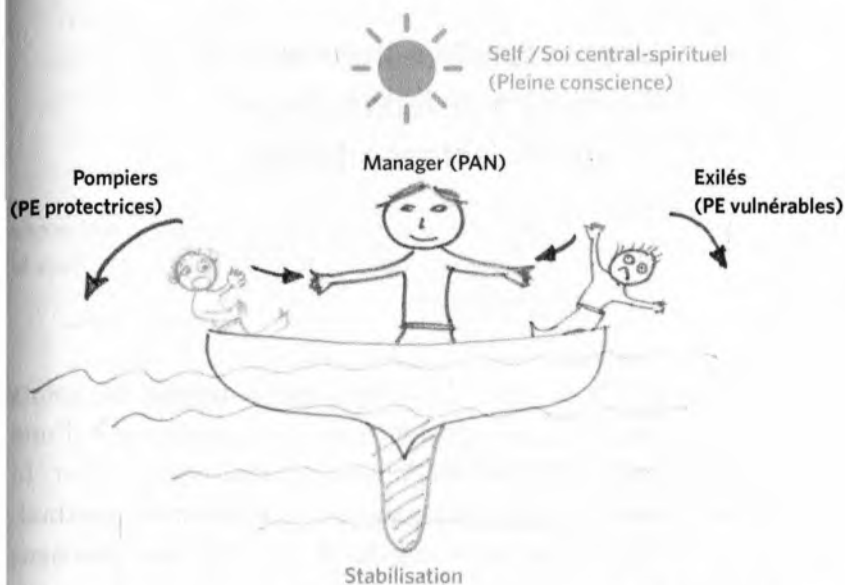


Figure 16. Intégration des parties de la personnalité : le modèle du système familial interne. (D'après Schwartz.)

J'utilise souvent la métaphore du bateau (figure 16) pour aider mes patients à observer avec empathie les parties émotionnelles qui s'agitent en eux : je leur propose de les considérer comme deux enfants qui sont dans le même bateau que lui, et qui s'agitent et s'opposent en se penchant chacun d'un côté ; puis de les inviter à se calmer, à revenir vers le centre, et à lui faire confiance en tant qu'adulte pour gérer la situation.

Une perspective transversale, la notion de reparentage : guérir l'enfant intérieur

« En vérité je vous le dis, si vous ne retournez à l'état des enfants, vous n'entrerez pas dans le royaume des cieux¹⁹. »

Les thérapies des troubles dissociatifs ont beaucoup de points communs, et l'un des plus importants est le « reparentage » d'une ou plusieurs parties de soi restées dans une perspective d'enfant. Je propose de le traduire ainsi en termes de fonctionnement cérébral. On met d'abord en place un contexte de sécurité, tant extérieur que dans la thérapie, en construisant une relation d'accordage avec le patient et en développant sa capacité à rester dans sa fenêtre de tolérance ; puis on renforce les compétences du système de « don de soin » de la personne (elles sont souvent intactes même si son système de l'attachement a été perturbé) ; ainsi, quand on réactivera le réseau neuronal dysfonctionnel correspondant aux traumatismes d'attachement, on lui permettra de trouver une solution adaptative dans un lien d'attachement interne ; cela sera en quelque sorte un « acte de triomphe » intérieur.

Ce reparentage se fait parfois spontanément au cours d'une thérapie EMDR : c'est toujours un moment très émouvant pour le patient (comme pour le thérapeute), qui témoigne d'une avancée importante.

La libération de Véronique

Véronique a 35 ans. Nous retraisons un souvenir traumatique qui remonte à ses 5 ans, où son père tente d'étrangler sa mère ; elle se voit debout, impuissante et sidérée ; elle ressent : « Je suis en danger, je suis seule » avec une terreur à 9 sur 10 qu'elle sent dans les jambes, le bassin et les bras. Au fil des mouvements

oculaires viennent d'autres souvenirs d'angoisse d'abandon, des images très négatives de son père, puis une relativisation et une connexion à des souvenirs de moments agréables (« Comme si le masque du diable tombait du visage de mon père, et que je voyais son visage doux »).

Puis une thématique de culpabilité émerge, associée à un souvenir plus tardif, où son père annonce à sa mère qu'il va partir, et où celle-ci dit à Véronique : « Et toi, tu ne fais rien ? » En continuant les mouvements oculaires, elle s'apaise et des associations positives lui viennent, notamment des souvenirs de la relation sécurisante à son beau-père.

Nous revenons à la situation initiale, l'apaisement se poursuit, et après quelques séquences de MO, il lui vient, avec des larmes dans les yeux : « C'est incroyable... Je me vois en tant qu'adulte venir chercher la petite fille et lui dire : "Tu es trop petite pour porter tout ça." » Ce moment est vraiment le tournant de la séance, et elle me dira lors du rendez-vous suivant : « J'ai le sentiment d'avoir retrouvé ma liberté. »

Jim Knipe²⁰ propose une façon de soutenir ce reparentage (comme bien souvent, les thérapeutes développent des procédures qu'ils ont apprises de leurs patients !) : sa méthode du « regard aimant » vise à renforcer un lien empathique entre la partie adulte et la partie enfant de la personnalité qui porte le souvenir traumatique non résolu. On propose au patient, en tant qu'adulte, de visualiser l'enfant qu'il était dans le passé comme s'il était une personne distincte, de percevoir ses sentiments, ses pensées, ses sensations, d'identifier ses besoins ; puis on renforce le lien entre eux en partant tantôt de la perspective de l'adulte, tantôt de celle de l'enfant, et en faisant des mouvements oculaires ou du *tapping* alterné.

Il arrive parfois que la personne n'éprouve pas d'empathie pour l'enfant en elle, mais un évitement, voire du mépris ou de la colère ; il faut alors prendre aussi en compte la perspective d'une partie protectrice « polarisée ».

Patricia, Chucky, et la petite Chinoise

J'ai travaillé avec Patricia pendant deux ans et demi pour qu'elle arrive à une vraie intégration de sa personnalité. Elle est venue me consulter à 39 ans pour une impossibilité à avoir des relations intimes (« Je ne supporterais pas qu'on me touche ») ; elle a des cauchemars récurrents où quelqu'un lui fait du mal, et ils lui paraissent si réels qu'elle reste parfois tétanisée dans son lit, persuadée d'une présence menaçante. Elle a subi de son père des attouchements incestueux entre 3 ans et son départ de la maison à 18 ans.

Au cours des séances d'EMDR, plusieurs parties émotionnelles ont été identifiées, accueillies, et leurs vécus retraités : une PE figée dans la sidération et l'hypervigilance ; une PE ayant des réactions de fuite ; une PE ayant des réactions de rage envers son père, ou parfois retournées vers les PE vulnérables (avec l'image très angoissante de la poupée Chucky d'un film d'horreur) ; une partie émotionnelle effondrée dans la honte et l'impression d'être morte (la « petite Chinoise »). Elle les percevait parfois comme ayant environ 12 ans, mais le plus souvent vers l'âge de 4 ans, où elle se revoyait avec la coupe au carré de son enfance. Malgré la douleur de devoir revenir à maintes reprises sur les souvenirs traumatiques, elle a toujours gardé confiance dans notre travail, car elle en a ressenti régulièrement les bénéfices : d'abord le sentiment de pouvoir contrôler ses émotions et de toujours rester présente en tant qu'adulte, même quand les réactivations étaient très intenses ; puis la capacité à développer un sentiment de sécurité, à avoir de moins en moins de cauchemars (et avec une tonalité de cauchemars plus « normale »). Elle a enfin pu passer progressivement de la cognition négative : « Je suis sale » à la cognition positive : « Je suis saine ».

Voici le résumé d'une des dernières séances, qui illustre cette méthode du « regard aimant ».

T – « Quand vous revenez sur la situation du début, qu'est-ce qui vous vient maintenant ? »

P – Il est planté devant moi comme une statue, je voudrais l'éliminer (MO).

P : « Je vois mon moi adulte avec une robe à fleurs, sûre d'elle, sans crainte, elle fait même peur... Et une petite Chinoise avec un visage comme morte, comme un fantôme (MO).

L'image de la petite rentre dans mon corps... Je vois mon père immobile, comme en carton... Il ne représente aucun danger, le danger vient de la petite fille en moi qui est comme Chucky, a envie de détruire, me fait lever le bras et pointer l'image de mon père.

T – Observez ce que vit cette petite fille, faites-lui confiance, elle a sûrement une bonne raison pour cela (MO).

P – Il y a un vent énorme, elle se met à hurler devant lui à travers moi. Elle fait ressortir sa souffrance, elle souffre bien plus que l'adulte.

T – En tant qu'adulte, pouvez-vous ressentir de la compassion pour elle ?

P – Oui, la pauvre...

T – Imaginez que vous lui exprimez toute la compassion que vous ressentez pour toute cette souffrance qu'elle porte... et observez ce qu'elle ressent (MO).

P – Elle est triste, me regarde, a une grande souffrance dans le cœur, envie de hurler ; des larmes normales, et aussi des larmes de sang, coulent. Sa vie a été gâchée, elle demande réparation.

T – Qu'est-ce qu'en tant qu'adulte vous aimeriez lui dire, ou faire pour elle ?

P – On va t'aider à vaincre tes fantômes, on va y arriver.

T – OK, il me semble que vous repérez bien deux parties : une partie qui est comme Chucky, très en colère ; et une partie un peu comme morte ou comme un fantôme ; est-ce que vous pourriez installer cette partie « petite Chinoise » en sécurité, dans son lieu sûr en Ardèche, en la confiant à votre amie Mireille (nous avons installé auparavant un lieu sûr spécifique pour ses parties vulnérables) ? Dites-lui bien que nous prendrons soin d'elle tout à l'heure...

P – Oui, ça va.

T – Portez maintenant votre attention sur la partie en colère, comment la voyez-vous ?

P – Sa colère sort par flashes, j'ai peur qu'elle me dévore toute crue.

T – De quoi a-t-elle besoin ?

P – De remonter l'horloge, que j'aille dénoncer mon père en 1980. »

T – Imaginez que vous le faites, et observez ce qui vient... Imaginez que la partie enfant regarde à travers vos yeux et suit mes doigts (MO).

P – Je crie après lui : si tu continues comme ça, je vais te dénoncer ! (MO)

Je fonds en larmes, dénonce mon père, je vois les policiers qui l'arrêtent. La petite Chucky retrouve un visage normal, est soulagée (MO).

Je me vois sereine, à 18 ans, prendre mon appart et habiter chez moi (MO).

La petite est apaisée, me prend dans ses bras, je lui demande pardon de ne pas avoir eu la force de réagir plus tôt.

T – Est-ce que vous pourriez faire venir la petite Chinoise ? Observez comment elle se sent maintenant.

P – En fait elle est déjà présente, on se serre dans les bras toutes les trois (MO).

Une fusion se fait, je me retrouve une seule personne, moi adulte (MO).

En même temps je ressens la joie, la force, l'énergie de mes émotions (MO).

Je suis vivante. »

Il y avait eu auparavant plusieurs ébauches de fusion de différentes parties et d'intégration de sa personnalité, mais cette séance a été vraiment déterminante : nous avons pu peu après conclure la thérapie, et convenir de rendez-vous espacés en cas de difficultés spécifiques du quotidien.

Le reparentage est une intervention très complémentaire de l'EMDR, en quelque sorte un « tissage » qui aide à connecter des liens associatifs nécessaires pour retraiter les traumatismes vécus dans l'enfance. Comme le dit Bowlby, « Ce qui ne peut être communiqué

à la mère ne peut être communiqué au soi » ; et la réparation d'une expérience traumatique se fait toujours dans un lien d'attachement.

L'EMDR est particulièrement pertinent pour retraiter les vécus de danger, mais les effets délétères de la carence de soins sont aussi graves que ceux de la maltraitance active (je les représente sur la partie gauche de la figure 12 par une étoile blanche, p. 79). La distance émotionnelle et le désaccordage entraînent eux aussi un fort risque de troubles dissociatifs²¹, et « le traitement doit s'adresser non seulement aux empreintes de traumatismes spécifiques, mais aussi aux conséquences de ne pas avoir reçu de regard en miroir, d'accordage, de soins et d'affection cohérents : la dissociation et le manque d'auto-régulation »²². Certains thérapeutes proposent ainsi d'installer pour ces patients des ressources spécifiques de reparentage pour bien préparer le retraitement des traumatismes de l'enfance : Parnell²³ installe des figures ressources réelles, ou symboliques (chapitre 6, « La famille symbolique », p. 180), voire imaginaires, comme des ressources externes intériorisées. Schmidt²⁴ renforce trois types de ressources internes à la personne : un « soi noyau spirituel » (un souvenir d'une expérience existentielle forte), un « soi adulte nourrissant » (un souvenir où la personne sentait en elle ce type de compétences) et un « soi adulte protecteur » (un souvenir où la personne sentait en elle ce type de compétences) ; puis elle invite à les visualiser comme formant un « cercle de guérison » pour accueillir successivement, au sein de ce cercle, les parties émotionnelles de la personnalité.

L'intérêt du reparentage est confirmé par les études de psychologie qui montrent l'importance de l'autoempathie (ou compassion pour soi) : dans une étude sur 117 étudiants en population générale²⁵, c'est cette dimension de la personnalité qui apparaît la plus corrélée à d'autres variables positives : le sentiment de bonheur, l'optimisme, la curiosité, l'initiative personnelle, l'extraversion, ainsi qu'à un moindre niveau d'émotivité. De façon intéressante, d'autres études soulignent qu'elle est plus importante que l'estime de soi, sur laquelle on a beaucoup mis l'accent.

Dans ma pratique quotidienne, surtout avec des patients qui ont eu des blessures ou traumatismes des liens d'attachement, je mesure à quel point l'acceptation et la validation par le thérapeute peuvent et doivent renforcer cette ressource. Et c'est pourquoi j'ai choisi, en exergue du petit carnet des ressources (p. 243) que je vais présenter dans le chapitre suivant, cette phrase que bien d'autres ont formulée avant moi de différentes façons : « Quand nous acceptons profondément ce que nous sommes, en nous sentant vraiment compris par un autre, alors nous commençons à changer. »

Nous sommes des animaux sociaux : nos plus grandes souffrances et nos plus grandes joies nous viennent de nos congénères, et le drame des traumatismes non résolus est qu'ils nous amènent à répéter cette souffrance en nous-mêmes. Soyons donc, pour nos enfants intérieurs, des parents « suffisamment bons », attentifs à toutes nos ressources à éveiller et confiants dans nos capacités d'évolution : « Les vrais regards d'amour sont ceux qui nous espèrent²⁶. »

CHAPITRE 6

Renforcer ses ressources et réguler ses émotions : tout ce que vous pouvez faire pour vous-même

« Ce n'est pas d'en savoir beaucoup qui rassasie et satisfait l'âme, mais de sentir et goûter les choses intérieurement. »

Ignace DE LOYOLA¹.

« Quel que soit le nombre de saintes paroles que vous lisiez, que vous prononciez, quel bien vous font-elles si vos actes ne s'y conforment pas ? »

Bouddha.

Ce chapitre va vous guider pour utiliser au mieux les outils d'autosoin résumés dans le petit « carnet des ressources » que vous trouverez en annexe à la fin de ce livre (p. 243). Je souhaite de tout cœur qu'il vous soit une aide, pour cela voici quelques conseils en préambule :

- Vous pouvez le personnaliser : des espaces sont prévus pour cela sur la couverture et dans certains exercices, et certaines pages sont

laissées disponibles pour vos ressources personnelles ; laissez votre créativité développer vos propres supports à partir de tout ce qui vous fait déjà du bien, et de tout ce que ces propositions vous inspireront...

- Il y a une progression logique dans les exercices proposés, mais ne cherchez pas à tout utiliser de façon systématique : selon votre situation, vos besoins actuels, choisissez quelques exercices qui vous paraissent les plus pertinents, et focalisez-vous dessus. Rappelez-vous que c'est la répétition, en pleine conscience, d'un exercice, qui va renforcer dans votre cerveau un réseau d'expérience positive. Il vaut donc mieux en privilégier quelques-uns et leur donner une vraie force par la répétition.

- Installez d'abord les ressources « à froid », quand vous êtes relativement paisible. Il est normal, au début, de ne pas accéder à votre lieu sûr dans un moment de grand stress ! Mais quand vous l'aurez solidement installé en vous, vous serez surpris de l'aide qu'il vous apportera face à des situations difficiles.

- Pratiquez ! La seule lecture vous apportera déjà un intérêt intellectuel, mais l'enjeu est que cette aide vous rejoigne dans toute votre personne, dans votre vie émotionnelle et vos sensations corporelles. Quand nous sommes apaisés à ce niveau de notre expérience, notre façon de voir les choses et d'y réfléchir devient plus fluide. Il est normal que cela soit difficile au début : ne vous énervez pas contre vous-même, choisissez de commencer par un tout petit pas de fourmi, un « micro-objectif », en vous donnant un moment et un lieu précis, pour que cela puisse devenir une routine quotidienne. Il est parfois aussi nécessaire de pratiquer dans un groupe, ou avec un thérapeute, pour bien intégrer un exercice avant de s'autonomiser.

Vous serez surpris de voir à quel point le fait de renforcer un réseau d'expérience positive vous rappellera d'autres souvenirs positifs et vous ouvrira à de nouvelles ressources !

La perspective systémique est indispensable

Il est difficile voire impossible d'aller mieux quand le contexte dans lequel on vit continue d'être traumatisant. Si vous vivez par exemple une relation abusive, ou une situation de harcèlement moral au travail, la priorité est de faire en sorte que ce système, cet environnement évolue.

L'enjeu est alors de bien attribuer la responsabilité et de savoir trouver des aides adaptées (collègues, syndicat, association d'aide aux victimes, voire justice) ; il faut développer des ressources spécifiques pour se protéger (voir ci-dessous « Renforcement des frontières », p. 174, « Développer une communication non-violente », p. 175, « Apprendre à s'affirmer justement », p. 178) ; enfin s'il n'est pas possible de modifier le contexte, il faut parfois savoir en changer.

La check-list des ressources

Il y a deux sortes de ressources : les « externes », qui dépendent d'autres personnes, et les « internes », qui dépendent de nous-mêmes. Au début de notre développement, nous avons besoin de beaucoup de ressources externes : la mère est un « régulateur psychobiologique » pour le bébé ; celui-ci a besoin d'elle pour satisfaire ses besoins premiers de nourriture, de protection, de chaleur, mais aussi pour réguler ses besoins émotionnels d'apaisement, de validation et d'affection. En grandissant, nous devenons peu à peu capables de nous autoréguler ; cependant les ressources externes restent importantes tout au long de notre vie, et particulièrement dans les situations de grande détresse. Un des premiers besoins des personnes victimes d'un accident ou d'une catastrophe est de contacter leur famille ; dans les camps de réfugiés, un service

essentiel est la recherche d'informations sur les proches ; enfin, en cas de grave maladie ou en fin de vie, la présence d'un proche est irremplaçable...

Les personnes qui ont un style d'attachement insécure évitant (voir p. 43) privilégient les ressources internes : elles devront davantage développer leurs ressources externes, en s'engageant un peu plus dans les relations ; elles y découvriront la joie de se sentir plus vivantes, plus ouvertes, plus libres.

Celles qui ont un style d'attachement insécure ambivalent ou désorganisé (p. 44) sont souvent trop dépendantes des ressources externes. Elles risquent de lasser leur entourage par l'intensité de leurs demandes, ou de se sentir tellement affectées par les déceptions relationnelles qu'elles précipitent les ruptures. Ces personnes auront intérêt à développer leurs ressources internes, ce qui leur donnera plus de liberté et de souplesse dans leurs relations.

Pour chaque catégorie de ressources, je donnerai quelques exemples de ressources internes et externes. Certaines ressources concernent plusieurs domaines (jouer d'un instrument peut être par exemple une ressource créative, émotionnelle et relationnelle), vous les noterez dans la ou les cases que vous voulez (p. 244-245).

Prenez le temps de faire le point sur ce qui est bon pour vous ; et si vous ne trouvez pas de ressources dans certains domaines, accueillez-le comme une invitation à en chercher !

Les ressources matérielles

Une ressource externe pourrait être un appartement que j'ai l'habitude de louer une semaine de vacances chaque année. Une ressource interne, la décoration de sa chambre, un vêtement dans lequel on se sent bien, un vélo personnalisé, ou un objet qui a pour soi une forte valeur affective et symbolique.

Les ressources corporelles

Une ressource externe peut être le cours de danse, d'aïkido, le temps de sport ou son groupe de marche, en tout cas une activité qui représente un vrai espace de respiration dans la semaine. Une ressource interne, ce peut être le footing que je fais trois fois par semaine, ou le bain dans lequel j'aime tellement me détendre...

Les ressources émotionnelles

Une ressource externe peut être un cours de yoga, ou de relaxation, ou un groupe de soutien des alcooliques anonymes. Une ressource interne, la pratique de la cohérence cardiaque (« Respiration et cohérence cardiaque », p. 168) ou de la méditation (« Pleine conscience ou *mindfulness* », p. 163).

Les ressources intellectuelles

Une ressource externe peut être la participation à une bibliothèque itinérante, à un club de lecture ou à un atelier d'écriture ; ou l'engagement dans une association mobilisée sur des enjeux de société. Une ressource interne, une formation continue choisie, ou la découverte d'une culture étrangère qui nous passionne.

Les ressources créatives

Une ressource externe peut être la chorale, le groupe musical, ou le groupe de théâtre... Une ressource interne, jouer seul du piano, peindre des aquarelles, ou inventer une nouvelle recette de cuisine.

Les ressources naturelles

Une ressource externe peut être une excursion avec un groupe d'amateurs de beaux jardins, ou une sortie en montagne avec une association de randonneurs. Une ressource interne, s'installer sur sa terrasse, dans son jardin, ou aller à pied au travail en traversant un parc.

Les ressources relationnelles

Une ressource externe peut être les personnes qui comptent pour soi, et sur qui on peut compter, parmi la famille, les amis, les voisins, les collègues, etc. Les ressources internes sont les personnes décédées avec qui on garde un lien à l'intérieur de soi, ou des figures d'humanité qui nous touchent profondément et résonnent avec les valeurs qui sont les nôtres (voir « La famille symbolique », p. 180).

Les ressources spirituelles

Une ressource externe peut être un groupe de croyants avec lequel on partage sa foi, ou un groupe de recherche ou de méditation. Une ressource interne, des moments de recueillement personnels, ou une expérience de communion dans la nature.

Ces dernières ressources sont particulièrement importantes pour les personnes traumatisées, pour qui le sens de la vie et la base de sécurité existentielle sont remis en question. Elles ont parfois peur de les aborder avec un « psy », en pensant que celui-ci aura un regard négatif voire condescendant sur ces expériences. En fait, l'importance de ces ressources spirituelles est de plus en plus reconnue (à partir notamment de l'accompagnement des personnes en fin de vie) et respectée des thérapeutes (ils s'autoriseront cependant à questionner certaines croyances rigides et dysfonctionnelles).

Comment installer une ressource intérieure

Pour toutes ces ressources, nous procédons de la même façon : en prenant notre temps, nous focalisons notre attention successivement sur les différents aspects de l'expérience : les perceptions par nos cinq sens (ce que je vois... entends... les odeurs... parfois les saveurs... les sensations tactiles...) ; puis l'émotion ressentie... ; la sensation corporelle qui l'accompagne... ; la posture, l'énergie et la disposition à l'action dans laquelle je suis... enfin le mot, ou la courte phrase, qui peut résumer cette expérience.

Un exemple de « lieu sûr »

Prenons l'exemple d'une maison où j'ai l'habitude d'aller en vacances, et où j'aime m'installer dans un transat sur la pelouse : je vois la pelouse, le petit bois, plus loin un pré avec des moutons, une rivière, le ciel bleu avec quelques nuages... J'entends le bourdonnement des insectes, des chants d'oiseaux, parfois un bêlement, un tracteur... Je sens l'odeur de l'herbe, du massif de roses à côté... Je sens le contact du transat, sur ma peau la chaleur du soleil, parfois la fraîcheur d'une brise légère... Je me sens calme, paisible, détendu... Je respire amplement, librement, mes jambes et mes bras sont relâchés, un léger sourire se dessine sur mon visage... Ma posture est relâchée, je n'ai rien besoin de faire, je suis simplement là, et en même temps je sens en moi de l'énergie, comme une joie ou un élan vital qui circule à chaque respiration... Je laisse résonner en moi le mot « la paix »...

Une fois que vous êtes bien connecté à cette expérience, vous pouvez simplement rester présent, focaliser votre attention sur tous ses aspects, et en particulier sur les sensations dans le corps (en « pleine conscience dirigée ») ; ou vous pouvez renforcer l'expérience en faisant un *tapping* alterné lent sur vos genoux ou vos épaules (le « câlin du papillon »).

Rappelez-vous que quand plusieurs neurones sont activés simultanément, leurs connexions se renforcent, et qu'il faut au moins 30 secondes pour que des changements s'inscrivent de façon durable dans notre cerveau. Plus vous répétez l'expérience, plus vous renforcerez dans votre mémoire cette « base de sécurité émotionnelle ».

Pourquoi avons-nous besoin de cette sorte d'hygiène mentale ? Les souvenirs pénibles, liés à des expériences traumatiques, sont fortement ancrés dans le cerveau, car ils sont associés à des enjeux de survie : l'évolution a privilégié les individus qui avaient de forts réflexes de survie face au danger. Mais les expériences positives, qui rendent simplement la vie plus belle, ne sont pas liées à la survie, et leur ancrage dans le cerveau archaïque est beaucoup moins important. Nous devons donc cultiver leur souvenir pour ne pas laisser les réflexes automatiques liés au stress nous envahir.

Cela m'a frappé quand j'ai rencontré des personnes dont le logement avait brûlé : toutes exprimaient le même regret d'avoir perdu les albums des photos familiales. J'ai moi-même eu beaucoup de joie à voir mes enfants adolescents ou jeunes adultes feuilleter ces albums, je sentais qu'ils vivaient quelque chose qui leur faisait du bien et renforçait leur structuration personnelle.

Ancrage et alignement

Cette ressource est une base essentielle : comme le dit Peter Levine : « La résilience est le ressort de nos jambes, au sens littéral du terme. »

De l'importance du corps

J'ai eu l'occasion, en préparant une intervention au Burundi, d'entendre le témoignage de Laurent Ntezimana, un Rwandais engagé dans la non-violence et la réconciliation dans son pays.

Il expliquait très simplement que, quand on est menacé par un fusil ou une machette, on perd d'abord ses jambes, puis sa voix, et que si on n'a pas les moyens de garder une capacité d'action minimum, on a beau avoir les meilleures intentions et les meilleures idées, ça ne sert à rien.

Il proposait donc des formations associant une dimension spirituelle (choisir de rechercher l'humanité de l'autre plutôt que la vengeance), des méthodes d'action et de communication non violentes, et des arts martiaux pour garder le contrôle de son corps.

La pratique du qi gong (posture de l'arbre), du tai-chi, ou de l'aïkido, sont de très bons moyens pour renforcer notre ancrage dans le sol et notre capacité à envisager une rencontre conflictuelle en restant vraiment présent et solide.

Ces exercices sont particulièrement intéressants si nous nous sentons engourdis, fatigués, les jambes molles voire anesthésiées, avec une sensation de faiblesse, c'est-à-dire en état d'hyperactivation parasympathique. Comme on le dit en langage courant, il est alors utile de « se bouger », mobiliser son corps ; cela permet de se réorienter dans le présent, de sortir le cerveau d'une spirale négative, et de relancer d'autres réseaux associatifs qui nous mobilisent positivement. C'est une des raisons qui expliquent pourquoi la marche est tellement ressourçante (c'est aussi une stimulation bilatérale alternée), et pourquoi le chemin de Saint-Jacques-de-Compostelle connaît tant de succès : quand nous sommes dans une situation existentielle figée, à laquelle nous ne voyons pas de sens ou d'issue, notre corps nous ramène à la réalité du présent, de la vie qui circule en nous, et nous rouvre à toutes les possibilités de changement qui sont devant nous.

Orientation dans le présent et 5-4-3-2-1²

Quand un réseau de souvenirs traumatiques est réactivé (ce dont nous pouvons ne pas être conscients), nous sommes « replongés » dans un état d'orientation vers ce vécu passé, parfois tant chargé d'émotions qu'il fonctionne comme un « attracteur ».

Pour pratiquer l'EMDR avec certains patients très sensibles, il est possible, au début, d'alterner des périodes très courtes d'exposition au souvenir traumatique (3 à 7 secondes), et des périodes où nous prenons le temps de les aider à renforcer l'expérience de la sécurité dans le moment présent. Nous utilisons pour cela des techniques d'ancrage (« Ancrage et alignement », p. 158), d'orientation vers les perceptions du présent, des exercices de calcul mental qui activent l'hémisphère gauche du cerveau – partir de 100, ôter 7, puis encore 7, etc. ; ou partir de 50, ôter 3, puis encore 3, etc. –, et des exercices de mobilisation à connotation plus ludique, par exemple envoyer une peluche au thérapeute, qui la renvoie. Quand nous pouvons accéder à l'humour, nous revenons dans notre fenêtre de tolérance émotionnelle, nous retrouvons une capacité de distanciation et de relativisation, il y a de la souplesse et de la sécurité dans notre engagement relationnel.

Exercice d'orientation vers les perceptions du présent, le 5-4-3-2-1

Nommer 5 choses que je vois (le poster, l'ordinateur, le pot de crayons, la porte, les gens qui marchent dans la rue)... 5 choses que j'entends (le bruit du ventilateur, les voitures qui passent, des chants d'oiseaux, votre raclement de gorge, ma voix)... 5 choses que je sens dans mon corps (ma respiration, le contact de mes bras avec les accoudoirs, une légère douleur dans le front, le contact de mes pieds avec mes chaussures et de mes jambes avec mon pantalon) ; puis nommer 4 choses que je vois... 4 choses

que j'entends... 4 choses que je sens dans mon corps... (ça peut être les mêmes ou d'autres) ; même démarche avec 3 choses... 2 choses... 1 chose...

Il existe des variantes de cet exercice : on peut sélectionner par exemple les objets d'une certaine couleur ; j'aime bien aussi demander aux patients quel objet ils préfèrent, et lequel ils aiment le moins : cela introduit une note d'humour et de souplesse relationnelle.

Le contenant et l'état sûr

Notre cerveau a la capacité très utile de cloisonner les informations et de focaliser notre conscience et notre attention : cela permet de ne pas être submergé par trop d'informations, en particulier quand elles sont associées à une forte charge émotionnelle, et de rester dans notre fenêtre de tolérance sans partir dans la confusion ou la sidération. Cette capacité pose problème quand elle maintient des clivages trop rigides d'une façon inadaptée aux besoins du présent, nous l'avons vu à propos des troubles dissociatifs (p. 67). Nous proposons ici d'apprendre à l'utiliser de façon consciente et adaptative.

Pour cela, la visualisation est très aidante : au Moyen Âge, alors que l'imprimerie n'existait pas et que les livres étaient très rares, certains champions de la mémorisation étaient capables de retenir par cœur de nombreux ouvrages³ ; leur méthode était d'indexer chaque livre à un endroit précis, en visualisant par exemple la cathédrale Notre-Dame de Paris : associé à telle chapelle latérale, il y a Aristote ; à telle autre, Platon, etc.

Vous pouvez donc laisser votre imagination vous guider vers l'image d'un contenant, où vous pourrez mettre de côté pour un temps ce qui vous perturbe, en sachant que vous vous en occuperez plus tard (lors d'une séance de thérapie par exemple). Je propose aux enfants l'image d'une « boîte à soucis ». Ce contenant peut

être très variable dans sa taille, sa forme, sa couleur, sa matière, etc. Prenez le temps de détailler chaque aspect pour que son image mentale soit la plus précise possible. Quel qu'il soit, il est important qu'il ait un système de fermeture solide.

Voici quelques exemples de contenants : une boîte ronde, beige, comme un carton à chapeau, fermée par une lanière de cuir ; un bidon en plastique bleu (comme sur les kayaks), avec un couvercle rouge qu'on peut visser serré ; une cantine métallique vert olive avec un blocage par des cadenas ; un vieux coffre ancien (comme un coffre de pirates) en cuir brun, avec une serrure et une grande clé ; un grand container métallique un peu rouillé, qu'on peut mettre sur un camion ; la tour-crayon (gratte-ciel bien connu des Lyonnais, près de la gare de la Part-Dieu : l'adolescent qui a choisi ce contenant avait beaucoup de problèmes...) ; voir l'exemple de Nathalie, p. 108.

Quand l'image de ce contenant est bien précise dans votre esprit, imaginez que vous l'ouvrez, et que vous laissez aller dedans tout ce qui vous perturbe maintenant : que cela concerne le passé, le présent ou le futur ; que la perturbation soit plus dans les pensées, les émotions ou les sensations corporelles... Ne vous attardez pas à analyser ce qui est perturbant, observez simplement que quelque chose vous « chiffonne » et laissez-le se mettre de côté dans votre contenant, pour que vous puissiez porter toute votre attention sur la sécurité de l'instant présent ; il est même possible d'imaginer que le contenant dispose d'un système d'aspiration aidant ce processus.

Une fois que c'est fait, fermez le contenant bien hermétiquement, et observez dans votre corps les sensations associées au fait d'être simplement présent, ici et maintenant (s'il y a encore une sensation perturbante, rouvrez le contenant pour qu'elle y aille aussi). Ces sensations sont toutes simples, par exemple la sensation de respirer, d'être assis sur le fauteuil, de sentir le corps dans toute son enveloppe, ou que ça circule de façon fluide à l'intérieur. Faites alors un *tapping* alterné sur les genoux en gardant votre attention

fixée sur cette sensation dans le corps, pour simplement la renforcer et l'ancrer.

Laissez enfin venir un mot clé qui résume cette expérience (par exemple « Je suis là », « calme », « C'est fluide », « Je respire ») et refaites une séquence de *tapping* pour ancrer cette expérience, appelée l'« état sûr ».

Plus vous répétez cet exercice, plus votre contenant vous sera facile d'accès et utile. Le mieux est de s'entraîner le matin et le soir, lors des moments de transition d'un état de conscience à un autre : le matin, cela peut vous aider à lâcher un état émotionnel un peu embrouillé (quand nous nous levons « du mauvais pied », c'est le plus souvent que notre cerveau était en train de digérer des informations émotionnelles par un rêve, et que ce travail a été interrompu par le réveil) ; et le soir, cela peut vous aider à ne pas trop ruminer et à ne pas retarder votre endormissement.

Pleine conscience ou mindfulness

Cette ressource essentielle est utilisée dans de nombreuses psychothérapies : c'est une compétence importante pour l'EMDR, la thérapie sensorimotrice, le *brainspotting*, et bien d'autres méthodes (notamment les thérapies cognitivo-comportementales récentes : ACT, la thérapie d'acceptation et d'engagement ; et une thérapie particulièrement développée pour les personnalités borderlines, la thérapie comportementale dialectique). La pleine conscience a été remise en valeur par des thérapeutes comportementalistes qui ont adapté de façon laïque des méthodes de méditation d'origine bouddhiste. Sa validation scientifique a concerné des femmes ayant des douleurs liées à des métastases cancéreuses, ainsi que des personnes ayant fait des rechutes dépressives⁴, et son utilisation est particulièrement recommandée dans le traitement des troubles anxieux. Des recherches très intéressantes ont aussi montré son

intérêt à l'école (voir p. 201) et pour des personnes incarcérées⁵ (ne faites pas de lien hâtif entre les deux !).

Notre cerveau ne fait pas que réagir à notre environnement : il se souvient, rumine, élabore un monde intérieur, des représentations imaginaires, des plans d'action pour nous adapter et changer le monde extérieur. L'enjeu est que toute cette activité mentale soit bien coordonnée ! Or, notre conscience peut être parasitée par des représentations dysfonctionnelles venant de souvenirs traumatiques, et les circuits sous-corticaux de défense face au danger peuvent entraîner des vécus débordants (par exemple des réactions instinctives de sidération, de combat, ou de fuite). Daniel Siegel décrit bien l'activité mentale comme un flux d'énergie et d'information qui ne s'écoule de façon fluide que quand nous sommes dans notre fenêtre de tolérance émotionnelle, entre les deux berges que sont le chaos (ou débordement émotionnel) et la rigidité (ou coupure des émotions) (figures 6 et 9, p. 56 et 65).

La pleine conscience nous apprend à moduler l'orientation de notre attention. Son principe est tout simple : il s'agit de porter délibérément notre attention sur le moment présent, avec une attitude d'observation, sans jugement de valeur, et sans chercher à obtenir un changement. Pour cela il faut s'entraîner, et des exercices de méditation guidée sont très aidants (soit en groupe, soit avec des enregistrements audio, comme ceux que propose Christophe André⁶). Pour porter notre attention au moment présent, nous utilisons différents ancrages (la respiration, les sensations dans le corps, les sons, puis les pensées considérées comme des sons intérieurs, etc.), avant d'aller vers une pleine conscience ouverte à tout ce qui est présent à l'intérieur comme à l'extérieur de soi. Lors des exercices, nous constatons régulièrement que notre activité mentale repart vers d'autres réseaux associatifs (les plus anxiogènes ont le plus fort pouvoir attracteur). Alors, sans nous énerver contre nous-mêmes, nous ramenons notre attention sur le moment présent et sur l'exercice que nous avons choisi.

La pleine conscience est une compétence très importante à entraîner : elle permet de prendre du recul et d'observer ce qui se passe en nous, pour repérer puis quitter les « pilotages automatiques » qui nous entraînent vers des schémas répétitifs mal adaptés. J'aime utiliser la métaphore de la navigation : notre activité mentale est comme une mer, avec des courants qui peuvent nous emporter dans des zones de tourbillons dangereux (les « cercles vicieux » des souvenirs traumatiques qui alimentent des schémas dysfunctionnels) ; la météo est variable selon les événements et notre état émotionnel, et notre esprit est comme un bateau qui navigue à la surface. Plus nous développons la pleine conscience, plus nous avons un espace de recul et d'observation de nos états mentaux, plus nous devenons comme un navigateur avisé, qui ne subit pas les éléments mais s'oriente de la façon la plus adaptée ; ainsi nous devenons plus libres face aux émotions et pensées négatives, et plus disponibles aux émotions positives. Plusieurs études montrent que la pleine conscience permet une évolution positive du sens de soi et de la personnalité⁷.

Le cas des femmes ayant des douleurs cancéreuses

Cet exemple est très parlant : quand la douleur survient, ces femmes risquent d'être prises dans une spirale de pensées et d'émotions négatives (« Ça veut dire que je ne m'en sortirai pas... Mon mari va rester seul... Et mes enfants, que vont-ils devenir?... Je vais me dégrader peu à peu... J'ai peur de ne pouvoir supporter la douleur, etc. »). Celles qui entraînent leur capacité à rester en pleine conscience ont une bien meilleure qualité de vie, et ont besoin de moins de médicaments contre la douleur.

Le principe est le même pour la dépression ou les troubles anxieux. Quand on a fait plusieurs rechutes, le risque est de perdre confiance en soi ; dès qu'une émotion de tristesse normale survient, on part dans une spirale négative (« Ça veut dire que je vais encore rechuter... Je suis vraiment nul... Mon entourage ne va plus me supporter... Je me sens de plus en plus triste et

découragé... Je ne suis bon à rien d'autre qu'à rester sous la couette, etc. »). Les patients qui pratiquent la pleine conscience développent une capacité de recul, ils peuvent observer des émotions de tristesse passagère sans les dramatiser ; et leur risque de rechute dépressive est nettement diminué.

En ce qui concerne l'EMDR, la pleine conscience est très importante pour pouvoir garder « un pied dans le passé, un pied dans le présent » : une part de notre attention est replongée dans le vécu du souvenir traumatique, tandis qu'une autre part garde une position d'observateur, conscient de la sécurité du présent. Cela nous permet de rester dans notre fenêtre de tolérance lors du retraitement du souvenir. Cette capacité d'alterner ou d'associer « revivre l'expérience » et « parler de l'expérience » serait d'ailleurs un aspect essentiel de l'efficacité de toute psychothérapie.

Vous trouverez dans le carnet des ressources un petit exercice de pleine conscience, mais je vous encourage surtout à utiliser des enregistrements de méditation guidée : ces exercices, courts au début (moins de 15 minutes), soutiendront une pratique personnelle qui pourra ensuite s'autonomiser. Il en existe aussi pour les enfants⁸ et les adolescents⁹.

Le lieu sûr

Cette ressource est la principale base de sécurité émotionnelle utilisée en EMDR. Nous utilisons le plus souvent un lieu sûr réel, qui se réfère à un endroit bien connu, associé à des souvenirs de paix, sécurité, tranquillité, un endroit de ressourcement qui nous fait du bien même si nous y sommes seul (ou éventuellement avec un animal familier ; le fait de ne pas dépendre de la présence d'un autre est important, car si la relation devenait conflictuelle, cela affecterait notre lieu sûr). J'en ai donné un exemple au paragraphe « Comment installer une ressource intérieure », p. 157.

Mais il n'est pas rare qu'il soit difficile de trouver un tel lieu, si vos expériences de vie ont surtout été marquées par des contextes d'insécurité : il est alors tout à fait pertinent de construire un lieu sûr imaginaire, qui correspondra au mieux à vos besoins.

Le lieu sûr imaginaire de Mélanie

Mélanie, la trentaine, vient consulter suite à une cure de sevrage d'alcool et de cannabis. Elle a une histoire de traumatismes complexes : violences physiques de son père sur elle, sa mère et son frère. Depuis qu'elle est toute petite, elle a appris à ne rien exprimer de ses émotions et à assumer plutôt un rôle de protection envers sa mère et son frère. Victime d'abus sexuel à 10 ans dans un centre de vacances, elle a connu plusieurs relations abusives à l'âge adulte. Elle a des crises d'angoisse et de pleurs prolongés le soir, des vécus de dépersonnalisation, des angoisses d'abandon, et tente de contrôler la douleur en retournant la colère contre elle-même (scarifications, brûlures) ou en prenant de l'alcool ou d'autres drogues. Elle me dit lors de la première consultation : « J'ai toujours été mal depuis que je suis enfant », et il est très difficile pour elle de se sentir en sécurité quelque part.

Pour la construction de son lieu sûr, elle a visualisé, tout en haut d'une montagne, une bulle transparente qui la protège. De cette position, elle peut voir très loin si un danger approche, et les animaux sauvages de la montagne peuvent aussi la prévenir. À l'intérieur de ce lieu, elle a installé des coussins de toutes les couleurs, des papillons, des perchoirs pour oiseaux, des cristaux qui pendent et forment un arc-en-ciel... (*tapping* alterné, TA) Elle peut entendre les chants des oiseaux, les cristaux qui tintent, une musique douce qu'elle aime... (TA) ; sentir l'odeur de fleur d'oranger qui vient d'un diffuseur d'huiles essentielles ; et, en ouvrant une fenêtre, sentir la fraîcheur de l'air qui passe... (TA). Cette impression de paix et de sécurité lui permet de sentir qu'il y a de l'espace dans son ventre... que sa respiration circule bien... qu'un sourire se dessine sur son visage... (TA).

Et le mot qui résume cette expérience est « mélodie » (TA).

Cette ressource l'a aidée à retraverser et retraiter de nombreux souvenirs traumatiques ; quand elle a contacté en elle des parties dissociées correspondant à des vécus d'enfant en détresse, elle a aménagé pour elles des sortes d'extensions spécifiques à cette bulle.

Si vous avez des difficultés à trouver votre lieu sûr, vous pouvez imaginer que vous entrez dans une bulle, ou un autre moyen de transport, et qu'il vous emmène dans un lieu où vous avez toujours rêvé d'aller... Faites confiance à vos ressources internes pour vous y emmener !

Respiration et cohérence cardiaque

La respiration est une ressource utilisée depuis toujours : c'est le mouvement de la vie en nous, et les mots qui désignent le souffle et l'esprit sont les mêmes dans de nombreuses langues. Les poumons sont les seuls viscères sur lesquels nous avons un contrôle conscient (dans certaines limites), et leur physiologie est étroitement imbriquée avec celle du cœur.

Le cœur est richement innervé par le système neurovégétatif : les fibres sympathiques l'accélèrent et les parasympathiques le freinent. Ainsi, quand nous faisons un effort physique, ou quand la peur ou la colère nous indiquent qu'il faut fuir ou bien combattre, le système sympathique accélère et renforce les battements de notre cœur, le sang est envoyé en priorité à nos muscles, nous avons plus chaud, notre métabolisme s'accélère, etc. Quand nous sommes en phase de digestion, ou quand nous nous relaxons, le système parasympathique (qui permet au corps de récupérer) devient prédominant, le cœur ralentit, le sang est envoyé en priorité au système digestif, nous avons plus froid et sommes plus détendus voire somnolents. La fréquence de notre cœur évolue donc en permanence dans une certaine fourchette (par exemple entre 60 et 90 battements par minute) : si on trace la courbe de cette fréquence, on observe qu'elle peut être très irrégulière (on appelle cela une *cohérence cardiaque* faible)

ou dessiner des vagues très régulières (cohérence cardiaque élevée). Grâce à la respiration, nous pouvons moduler cet accélérateur et ce frein, et ainsi augmenter notre niveau de cohérence cardiaque.

Ce qui est précieux est que, de même que notre cerveau émotionnel influence notre cœur, celui-ci informe en retour (inconsciemment) le cerveau émotionnel sur notre état physiologique : en cohérence cardiaque élevée, le message implicite est « tout va bien », et nous sommes apaisés.

La cohérence cardiaque est un élément important de la santé : des études¹⁰ ont montré qu'elle améliore l'hypertension artérielle, l'asthme, les troubles de l'attention, l'anxiété¹¹, et même les performances scolaires (en améliorant l'attention et en diminuant le stress). On a ainsi comparé, en primaire, lycée et université, l'évolution de deux groupes d'élèves ayant les mêmes moyennes au départ, dont l'un apprenait la cohérence cardiaque et l'autre pas : le groupe qui apprenait la cohérence cardiaque améliorait significativement ses résultats scolaires¹². On devrait l'apprendre à tous les enfants !

Apprendre à se mettre en cohérence cardiaque élevée

C'est très simple, il suffit de respirer lentement par le ventre, sans forcer, avec une transition souple entre l'inspiration et l'expiration, à un rythme de 6 cycles respiratoires par minute : par exemple, 5 secondes inspiration – 5 secondes expiration ; ou 4 secondes inspiration – 6 secondes expiration. Il suffit ensuite de continuer cette respiration pendant 3 minutes, et de le faire régulièrement trois fois par jour : nous mettons alors de façon durable notre système neurovégétatif dans un état de fonctionnement souple. Plusieurs applications pour smartphones peuvent guider la respiration, et on peut aussi le faire tout simplement en dessinant sur une feuille de papier des vagues (on monte avec l'inspiration et on descend avec l'expiration) : cela permet de synchroniser le mouvement du bras et celui des muscles respiratoires, et de vérifier en chronométrant qu'on est dans le bon timing (17 à 22 cycles respiratoires en 3 minutes).

Une cohérence cardiaque élevée nous maintient dans notre fenêtre de tolérance. Nous sommes plus présents, dans un état émotionnel plus stable et positif ; il nous est alors plus facile de contrôler notre comportement (par exemple notre alimentation, si nous nous mettons en cohérence cardiaque avant les repas)¹³.

La respiration antipanique est une autre ressource particulièrement utile pour les personnes qui ont des attaques de panique : ce sont des crises d'angoisse où l'on sort largement de sa fenêtre de tolérance, le cœur bat très vite et fort, on a l'impression de manquer d'air, des tremblements, une confusion et une agitation, et souvent même la peur de mourir ou de devenir fou (ce qui conduit souvent les personnes qui en souffrent à appeler un service d'urgence). Ces crises sont parfois déclenchées par une situation précise, parfois on n'identifie pas leur déclencheur. Elles sont traumatisantes, car elles confrontent la personne à la perception d'un risque vital, à un vécu de perte de contrôle et d'impuissance. Les éléments du contexte de l'attaque de panique peuvent alors devenir en eux-mêmes des déclencheurs ; certains patients développent ainsi un évitement de plus en plus extensif, pouvant aller jusqu'à l'agoraphobie.

La respiration antipanique pour contrôler les crises d'angoisse

Prendre une grande inspiration, puis contracter ses muscles thoraciques sans expirer pendant 3 à 5 secondes (cela augmente la pression dans le thorax, et stimule des récepteurs qui vont activer le système parasympathique).

Ensuite expirer le plus lentement possible, comme si on soufflait sur la flamme d'une bougie sans l'éteindre.

Enfin répéter ce cycle au moins trois fois. Cela permet de fortement stimuler le système parasympathique et de freiner l'emballlement du système sympathique.

Prendre soin de mon sommeil

Le sommeil est tellement essentiel à la vie que tous les animaux dorment (certains, comme les dauphins, dorment alternativement avec un hémisphère cérébral puis l'autre, ce qui leur permet de rester actifs !). C'est un désavantage évolutif que de devoir être inactif et exposé au danger une partie importante du temps, mais le sommeil est indispensable à notre cerveau, c'est le prix à payer pour sa plasticité¹⁴. En effet, au cours de l'éveil, nous apprenons en permanence de nos expériences, et renforçons de très nombreuses connexions synaptiques entre nos neurones ; cela a un coût élevé en énergie, stress cellulaire, saturation et augmentation du « bruit » intérieur, avec une diminution de l'attention et des capacités cognitives. Le sommeil est « réparateur » au sens concret du terme : il restaure l'énergie du cerveau, diminue le stress cellulaire et la fragmentation de l'ADN. En nous déconnectant des informations venant de l'extérieur, il permet une régulation « top-down » (venant du cortex) qui supprime certaines connexions synaptiques : cela permet d'oublier, d'éviter la saturation, de sélectionner les informations les plus importantes et de consolider leur souvenir. N'avez-vous jamais fait l'expérience qu'après une bonne nuit de sommeil, vous résolviez un problème de mathématiques, ou que vous voyiez plus clairement comment vous positionner dans une situation de vie compliquée ? L'expression : « Demain, il fera jour » (sous-entendu : « On y verra plus clair ») a une base neurophysiologique très profonde !

Quand on a des symptômes post-traumatiques, on a beaucoup de raisons d'avoir des problèmes de sommeil : on a souvent des cauchemars, et ceux-ci peuvent être tellement terrifiants qu'on peut développer une phobie de l'endormissement. Certaines personnes, qui ont eu des traumatismes de l'enfance et ont une tendance dissociative, ont très peur de perdre le contrôle en se laissant aller dans le sommeil, pendant lequel des parties émotionnelles associées à des vécus d'enfant terrifié risquent d'émerger.

Angoisses nocturnes

Michèle, 60 ans, a subi dans l'enfance des accès de violence imprévisibles de son père, ce qui la maintenait en permanence sur le qui-vive ; sa mère niait ce qu'elle vivait et l'en culpabilisait. Michèle décrit ainsi son sommeil : « Quand je vais m'endormir, c'est comme si un réflexe de sursaut me faisait revenir d'un coup à l'éveil ; quand je me réveille au milieu de la nuit, je suis en sueur, mon cœur bat à 100 à l'heure, je suis complètement terrifiée et confuse, je ne sais plus où je suis, quel âge j'ai, la seule chose qui m'aide est de plaquer un mouchoir contre mon nez et de me recroqueviller en position fœtale jusqu'à ce que je reprenne peu à peu mes esprits. »

Pour prendre soin de notre sommeil, soyons d'abord attentif à notre physiologie. Quelques règles simples peuvent être suivies : pour l'alimentation (éviter les excès en particulier le soir, voir p. 188), la température (la chambre doit être aérée et entre 18 et 20 °C maximum), et surtout concernant notre niveau de stimulation. Il convient de ne pas prendre de bain ou douche trop chaud avant de se coucher ni de pratiquer une activité sportive juste avant, d'éviter les bruits autant que possible – avec si besoin des boules Quies en silicone –, d'éviter de regarder un film trop chargé d'intensité et de « déclencheurs » potentiels. Certaines personnes sont angoissées par le silence qui risque de faire émerger des représentations internes angoissantes : elles ont besoin d'un ancrage de leur attention sur une musique ou la radio, je conseille alors de choisir une musique apaisante en attendant que les exercices ci-dessous soient suffisants.

Il est important de repérer et de suivre son rythme de sommeil, au besoin en tenant un agenda du sommeil ; cela permet de se coucher au moment où une phase d'endormissement arrive (« attraper le train du sommeil »). Même si c'est difficile au début, il est important de se lever régulièrement assez tôt : nous avons un contrôle sur cette heure du lever, et cela poussera peu à peu nos

phases d'endormissement à s'ajuster à notre besoin de sommeil. Pour que le réveil soit agréable, un simulateur d'aube peut augmenter peu à peu la luminosité en l'associant à des bruits de la nature.

Il est important d'avoir un lit confortable, pas trop mou, et un environnement « cocooning ». Certains adultes ont besoin d'un objet transitionnel, cela n'a rien de ridicule et témoigne simplement qu'une partie d'eux enfant est encore bien activée par la nuit. Pour les personnes comme Michèle qui ont des réactivations d'angoisses très intenses, avec une difficulté à s'orienter dans le présent, il est important d'installer des « ancrs de sécurité » qui permettent de se « recalcr » en cas de réveil angoissé : cela peut être un affichage lumineux du réveil, un objet sur la table de nuit, un verre d'eau, le collage de la famille symbolique (« La famille symbolique », p. 180), ou l'ancrage dans une sensation corporelle qui reconnecte des ressources.

Il est enfin aidant d'avoir un rituel préparant l'endormissement, cela inscrit dans notre cerveau une séquence prévisible et crée un autoconditionnement : je propose de commencer par le contenant (« Le contenant et l'état sûr », p. 161) pour laisser de côté tout ce qui est trop perturbant (ou le faisceau lumineux en cas de sensation douloureuse, « Le faisceau lumineux », p. 182) ; une fois que notre corps est paisible, nous pouvons plus facilement nous connecter à une ressource positive : soit le lieu sûr (« Le lieu sûr », p. 166), soit une ressource de gratitude pour un moment de la journée ou des jours précédents (« Cultiver la gratitude », p. 183).

S'ancrer pour mieux dormir

On peut aussi utiliser une variante du 5-4-3-2-1 qui utilise le lieu sûr :

- pensez à 3 choses que vos yeux voient maintenant (même dans la pénombre)...
- puis 3 choses que vos yeux voient dans votre lieu sûr...
- 3 choses que vos oreilles entendent maintenant...
- puis 3 choses que vos oreilles entendent dans votre lieu sûr...

- 3 choses que votre corps sent maintenant...
 - puis 3 choses que votre corps sent dans votre lieu sûr...
- Refaites la même séquence avec 2 choses... puis 1 chose...

Renforcer mes frontières

Cet exercice, qui vient de la thérapie sensorimotrice (p. 119), est très utile (ainsi que les deux suivants) en cas de conflit relationnel qui « prend la tête », envahit le vécu émotionnel et corporel. Le plus aidant est de partir du corps pour revenir dans notre fenêtre de tolérance émotionnelle et atteindre un sentiment de sécurité suffisant.

Imaginez la personne impliquée dans le conflit dans la pièce, et voyez à quel endroit cela vous conviendrait, en observant comment vous vous sentez dans le corps... prenez le temps d'ajuster la distance... (Il est possible d'imaginer la personne sur une chaise, et/ou de la symboliser par un objet : dans mon bureau, certains patients ont ainsi utilisé l'ordinateur, le réveil, un pot de crayons, et même la poubelle !)

Imaginez maintenant qu'il y a une frontière protectrice entre vous et cette personne, et visualisez-la le plus précisément possible... Cela peut être une bulle autour de vous, une sorte d'armure ou d'enveloppe protectrice ; cela peut être une barrière en différents matériaux, y compris imaginaires, par exemple une barrière d'énergie translucide, légèrement bleutée, que vous pouvez franchir mais pas l'autre ; ou une glace sans tain, qui vous protège aussi du regard de l'autre...

Vous pouvez la conscientiser en positionnant vos mains devant vous comme si vous repoussiez quelque chose ; si ce n'est pas facile, entraînez-vous à pousser un coussin contre un mur, en sentant bien le positionnement des pieds qui permet d'être bien ancré et de pousser avec tout le corps, la tête et le regard bien droits, le dos aussi, la respiration libre, la force partant du ventre...

Maintenant que votre frontière est bien en place, observez comment vous vous sentez dans votre corps, toujours en imaginant la présence de l'autre personne...

Imaginez maintenant que cette frontière est porteuse d'un message apaisant et sécurisant pour vous : quel serait-il ?... (par exemple : « Tu as droit au respect » ; « Tu es légitime » ; « Tu as ta place » ; notez-le sur un Post-It).

Observez ce qui se passe dans votre corps quand vous accueillez ce message et le laissez résonner...

Imaginez maintenant que cette frontière est porteuse pour l'autre personne d'un message qui vous sécurise : quel serait-il ?... (par exemple : « Stop ! » ; « Vous devez respecter cette limite » ; notez-le sur un Post-It).

Observez ce qui se passe dans votre corps quand ce message est transmis à l'autre...

Il est souvent intéressant (selon la situation travaillée, bien sûr !) d'associer dans un deuxième temps les sensations d'une main qui repousse, pose une limite, et celles de l'autre main qui est tendue vers l'autre pour proposer une relation.

Développer une communication non violente (CNV)

Cette démarche a été développée par Marshall Rosenberg¹⁵ : des formateurs peuvent intervenir dans des écoles, associations, entreprises, ou simplement pour des particuliers, avec une pédagogie basée sur des exercices de mise en situation. La formation que j'ai suivie me permet de dire que cette approche est très pertinente, et cette rapide présentation a pour but de vous donner envie d'aller plus loin¹⁶. La CNV permet de travailler sur le lien à soi-même pour être mieux en lien avec les autres, plutôt que dans la compétition pour avoir raison.

Elle est applicable à toutes les situations de conflits, mais attention à ne pas confondre les registres de conflit ! Dans les conflits d'intérêts divergents, l'enjeu relationnel passe au second plan, et l'objectif principal est en général d'arriver par la négociation à un accord satisfaisant ; et il y a des situations de violence, ou des divorces conflictuels, où l'intervention de la justice est nécessaire.

Dans la CNV, la première étape est de différencier l'observation objective de la situation de son parasitage par les réflexes défensifs que nous avons souvent : jugements, reproches, critiques envers l'autre, et amertume et autoaccusation envers nous-mêmes ; nous essayons aussi d'éviter les généralisations excessives, les mots « toujours », « jamais », « tout » et « rien ».

L'étape suivante est de prendre conscience de ce qui se passe en soi : même si l'autre a des responsabilités, il n'est souvent que le déclencheur de vécus qui ont des origines plus profondes dans mon histoire ; je choisis donc de l'assumer sans le nier, sans tout projeter sur l'autre, de parler en « je » et non en « tu ». Pour cela je nomme l'émotion présente (peur, colère, tristesse ? etc.), en essayant de ne pas la formuler en accusation détournée (par exemple : plutôt que « Je me sens rejeté », qui sous-entend « Tu me rejettes », dire « Je me sens seul, triste »). La présence d'une émotion indique qu'il faut faire quelque chose, que la situation ne satisfait pas un besoin important en nous.

Il s'agit ensuite de repérer le besoin insatisfait qui est à l'origine de cette émotion, par exemple :

- la sécurité, la paix, l'intégrité ;
- l'acceptation, le réconfort, le soutien, l'écoute ;
- le respect, la considération, la reconnaissance ;
- la liberté, la confiance, l'autonomie ;
- la créativité, l'expression, la réalisation, la récréation...

Pour ouvrir un espace de dialogue, il est beaucoup plus efficace de partir de nos besoins que des jugements d'opinions, de valeurs

ou de personnes : ceux-ci ne font que durcir des positions dans une sorte de jeu de « ping-pong » mental.

Dans une relation conflictuelle, si chaque personne parvient à reconnaître et préciser les besoins qui la motivent, il y aura une plus grande chance de parvenir à une compréhension mutuelle. Les besoins de chacun sont légitimes, même s'ils ne peuvent pas toujours être satisfaits par l'autre : mais si chacun peut exprimer à l'autre une demande ouverte et négociable, cela permet de chercher ensemble une solution.

Une situation de couple

Gilles rentre fatigué d'une journée tendue au travail et s'installe devant l'ordinateur familial pour faire quelques jeux, tout en sirotant un porto ; Agnès rentre peu après très énervée, elle a eu elle-même une rude journée de travail et a eu un petit accrochage en voiture en faisant les courses sur le chemin du retour.

Agnès – « Ah non, ce n'est pas possible, tu passes ton temps sur des bêtises et tu me laisses toujours faire les corvées de la maison !

Gilles – Ah s'il te plaît, j'ai eu une grosse journée, tu ne vas pas recommencer à m'engueuler à peine rentrée !

Agnès – C'est ça, c'est moi qui vais me faire engueuler maintenant ; tu ne m'apportes jamais d'aide, tu es vraiment le roi des égoïstes ! En plus, je me suis fait rentrer dedans par un connard au supermarché !

Gilles – Ah, bravo ! J'espère que tu as rempli correctement le constat, au moins !

Agnès – Tu vois comment tu es ! Toujours à me critiquer, à saper ma confiance en moi ! »

« Elle jette le sac de courses dans la cuisine et part en pleurant dans sa chambre... Gilles, quant à lui, reste boudeur et rumine devant son ordinateur... »

En communication non violente, voici comment l'échange pourrait se dérouler.

Agnès – « Gilles, je suis épuisée et sur les nerfs ; j'ai eu une dure journée, ça a été un gros effort pour moi de faire les courses au

retour, et en plus, je me suis fait érafler la voiture sur le parking : j'aurais vraiment besoin de me reposer et de me délasser, est-ce que tu veux bien ranger les courses et préparer le dîner ?

Gilles – Ma chérie, je comprends que tu as besoin de te détendre ; j'ai eu moi aussi une journée difficile, je ne me sens pas l'énergie de préparer à dîner. J'ai moi aussi besoin de repos et de détente : est-ce que nous pourrions ranger les courses ensemble et ensuite commander une pizza bio ? »

Apprendre à m'affirmer de façon juste¹⁷

S'affirmer est difficile dans les suites d'un traumatisme. Nous avons vécu une situation de perte de contrôle, d'impuissance, avec souvent des réactions de sidération, de rage, de panique, ou d'effondrement/soumission, nous n'avons pu mettre en œuvre des défenses actives adaptées, et cela a atteint profondément notre confiance en nous (en même temps que dans les autres et dans le monde en général). À court terme, l'impact du stress post-traumatique est lié à la dérégulation émotionnelle ; à long terme, il est surtout lié à cette atteinte du sens de soi qui conduit à éviter certaines situations, à éprouver un mal-être relationnel, et à mettre en place des schémas dysfonctionnels répétitifs qui modifient de façon négative la personnalité. Quand cette situation s'est installée durablement, il sera donc important, après une désensibilisation avec l'EMDR des réseaux de souvenirs traumatiques, d'aider à (re)mettre en place des schémas adaptés ; parmi lesquels la capacité à s'affirmer dans les relations est souvent un enjeu important.

Les groupes d'affirmation de soi permettent de travailler par des jeux de rôle sur des situations concrètes problématiques, avec le soutien du groupe et des thérapeutes : ceux-ci veillent à ce que les retours soient toujours des propositions positives constructives et maintiennent un climat soutenant et encourageant. Les grandes lignes que j'indique dans le carnet de ressources sont un aide-mémoire et ne peuvent remplacer un tel travail thérapeutique.

Dans un registre plus ludique, il faut retenir les ressources que peuvent apporter différentes formes d'expression théâtrale. À partir du moment où on peut déplacer l'émotion et l'action sur un personnage fictif, en étant « protégé » par un costume (voire en travaillant avec des masques), il devient possible de laisser s'exprimer des facettes de sa personnalité trop souvent contenues.

Le théâtre libérateur

J'ai encore le souvenir du sourire radieux d'une adolescente qui souffrait d'une grande phobie sociale, avec une peur de rougir paralysante. Elle avait eu beaucoup de difficultés relationnelles au collège, au point d'en avoir des idées suicidaires. Sa participation à un groupe de théâtre à la MJC de son quartier a joué un rôle merveilleux dans son travail sur elle-même. Elle a pris conscience, dans le plaisir qu'elle a eu à « se lâcher », et en voyant le regard admiratif et interloqué de ses parents, de toutes les potentialités qui pouvaient se libérer en elle !

Le carnet des ressources (p. 258) propose notamment de progresser par « marches d'escalier » plutôt que d'affronter directement une « falaise ». Ce conseil vaut pour tous les domaines que l'anxiété nous a conduits à éviter peu à peu. Elle peut ainsi restreindre notre périmètre de sécurité dans l'espace, notre gamme de comportements, et notre vie relationnelle. Ce n'est que progressivement que nous pouvons regagner du terrain, de la liberté d'action, de la souplesse relationnelle. Il nous faut ouvrir de nouveaux schémas dans notre cerveau, comme un nouveau chemin dans la forêt. Il y a d'abord un travail de dégagement des broussailles, puis la répétition des passages rend le chemin plus praticable. L'image des marches d'escalier exprime cette même idée : ne nous donnons pas d'emblée un objectif trop difficile, comme une « falaise » qui risquerait de nous confronter à un échec décourageant. Mieux vaut avancer par micro-objectifs : ce sont des marches petites, mais réalistes ; l'une après l'autre, elles construisent un escalier jusqu'au sommet de la falaise !

La famille symbolique

Comme nous l'avons vu, le sens de soi (p. 39) se construit à travers les interactions avec nos figures d'attachement. Je propose souvent la métaphore suivante : à la naissance, nous sommes enveloppés par nos parents de vêtements, mais aussi d'une sorte d'« enveloppe psychique », un bain de sons et de langage, une façon d'être porté, bercé, apaisé, le dialogue des regards et des mimiques, des caresses, une « danse interactive » plus ou moins accordée, contenant, apaisante et stimulante. Cette enveloppe n'est jamais parfaite, elle est le plus souvent sécurisante, mais est parfois gratifiante, piquante, trouée, manquante...

Au-delà de cette première enveloppe, il y a d'autres enveloppes de résilience qui nous ont permis de vivre : cela peut être des grands-parents ou des parents éloignés, un parrain ou une marraine, un enseignant ou un éducateur qui s'est vraiment investi auprès de nous, nous a écoutés, compris, un prêtre du patronage où nous allions, un entraîneur sportif, un professeur de musique ou de théâtre, etc. Le lien avec un animal a parfois aussi été très important. Ce sont des ressources relationnelles précieuses, que nous pouvons renforcer à l'intérieur de nous.

Si nous poursuivons au-delà, il y a l'enveloppe plus vaste de l'humanité, le bain linguistique et culturel dans lequel nous avons été accueillis, et dont nous ne percevons souvent l'importance qu'en allant à l'étranger : la découverte d'autres cultures, paysages et saveurs est passionnante, mais que la France me paraît belle au retour ! Et de façon plus ouverte et profonde que cette appartenance culturelle, il y a les figures d'humanité qui sont pour nous des références : elles ont incarné des valeurs qui nous paraissent essentielles, qui donnent sens à la vie, avec lesquelles nous nous sentons en profonde résonance. Plus notre première enveloppe a été marquée par un attachement insécurisant, plus cette dernière ressource sera importante ; elle pourra aussi nous aider à apaiser des

parties émotionnelles marquées par la panique de l'abandon et des réactions d'agrippement, et nous pourrons alors être plus libres de nous dégager d'une relation destructrice.

Hélène Dellucci propose de renforcer ainsi cette « famille symbolique¹⁸ » :

- « Par qui auriez-vous aimé être éduqué ou accompagné » parmi des personnes actuelles ou historiques ? Choisissez une figure humanitaire, politique, artistique, scientifique, ou spirituelle (si vous pensez « Dieu », cherchez plutôt une personne qui pourrait représenter certaines de ses qualités) ; cela peut aussi être un héros de roman ou de film. Laissez émerger ces choix de façon intuitive, le mieux est de trouver plusieurs figures complémentaires (3 à 5, par exemple).

Continuez l'exercice pour chaque figure :

- « Pourquoi l'avez-vous choisie, pour quelles valeurs existentielles ? » : si vous l'avez choisie, c'est que vous sentez une résonance profonde en vous, avec des valeurs qui vous tiennent à cœur ; prenez le temps de les identifier.
- Approfondissez la connaissance de cette personne en cherchant des informations sur elle, et aussi une photo ou une représentation qui vous paraît exprimer le mieux ses qualités.
- « Si elle était là, assise à côté de vous, qu'est-ce qu'elle vous dirait pour vous aider dans la situation actuelle ? »... « Laissez-vous sentir dans le corps comment ces paroles résonnent en vous »...

Il est impressionnant de constater comment nous pouvons renforcer notre aide envers nous-mêmes par l'intermédiaire de ces figures symboliques.

- Quand vous avez choisi ces figures symboliques, vous pouvez concrétiser cette démarche en collant leurs portraits et notant leurs paroles, sur le carnet des ressources ou sur un support dédié. Installez ce collage chez vous (de façon plus ou moins discrète selon la bienveillance de votre entourage), il sera comme une « piqûre de rappel » pour vous reconnecter à ces ressources.

La famille symbolique d'Edwige

Edwige a 45 ans, et cette famille symbolique qu'elle a mise en place l'a aidée à traverser des moments de rage et/ou de désespoir, quand une déception relationnelle lui donnait le sentiment d'être vide, sans valeur et sans utilité :

- Sœur Emmanuelle, pour sa vitalité, son humour, son engagement auprès des pauvres ; elle lui dit : « Yallah ! » (« En avant ! »).
- Pierre Rabhi, pour sa modestie, sa persévérance, et surtout la cohérence entre ses actes et ses paroles ; il lui dit : « Tiens bon, reste en contact avec la nature. »
- Jean-Paul II, pour son courage et sa foi ; il lui dit : « N'aie pas peur, tu peux traverser ça avec l'aide de Dieu. »

Le faisceau lumineux

Cet exercice d'autohypnose est surtout utile quand on ressent une douleur physique, ou une sensation pénible liée à une perturbation émotionnelle. Utilisez la visualisation la plus précise possible de cette sensation, puis introduisez la ressource métaphorique suivante : un faisceau lumineux de votre couleur préférée, qui vient d'en haut, pénètre par le sommet de votre crâne, et rejoint cette zone (vous pouvez aussi l'enrichir en y intégrant d'autres ressources). Focalisez alors votre attention sur l'évolution de la sensation : comment changent la couleur, la température, la forme, la qualité de cette sensation, au contact du faisceau lumineux ? Cette méthode simple est souvent étonnamment efficace, et je vous invite à ne pas vous priver de cette ressource !

Me préparer à un défi

Face à une situation qui paraît difficile à affronter (un examen, une rencontre conflictuelle, une présentation professionnelle), je vous propose d'identifier trois qualités spécifiques qui vous seraient nécessaires (par exemple confiance en soi, sérénité, énergie).

Pour chacune de ces qualités, cherchez une situation vécue où vous l'avez sentie en vous, même à l'état d'ébauche, et souvent dans un autre contexte (sportif par exemple) ; renforcez la ressource associée à chacun de ces souvenirs (en prenant le temps de vous focaliser sur tous les aspects de l'expérience, en particulier la sensation dans le corps, et en faisant du *tapping* alterné).

Puis concentrez-vous sur l'ensemble de ces sensations positives, avec la pensée : « Je peux réussir », et renforcez cette ressource. Vous remarquerez alors qu'il est moins perturbant d'imaginer la situation ; enfin vous pourrez laisser se dérouler dans votre esprit un film où vous gérez bien la situation.

Si besoin, vous pouvez faire appel à des ressources relationnelles, en pensant à trois personnes aidantes (ou qui seraient un modèle pour bien vivre la situation) ; ce qu'elles diraient ou feraient pour vous aider ; et ce que cela vous fait sentir dans le corps.

Un patient a ainsi réussi une présentation en anglais qu'il appréhendait, en imaginant à ses côtés la présence de son ami Gérard, très cool et apaisant, qui lui posait la main sur l'épaule en lui disant : « Ça va aller. »

Cultiver la gratitude

Robert Emmons¹⁹ a repris les études qui montrent le lien entre la gratitude et le bonheur, et propose notamment pour la cultiver le « journal de gratitude », déjà encouragé par de nombreuses traditions philosophiques et spirituelles.

- Prenez le soir un temps de méditation dirigée sur trois moments agréables ou simplement paisibles de la journée (par exemple, la beauté du vol d'une mouette au-dessus de la Saône) ; restez avec les perceptions, les sensations corporelles associées, et un mot positif, ou simplement le mot « merci ».

- En voici une variante, les « trois questions du bonheur²⁰ » :

1. Qu'est-ce que j'ai vu, entendu, senti aujourd'hui qui a été suffisamment bon ?

2. Qu'est-ce que j'ai fait aujourd'hui qui m'a apporté un peu de satisfaction ?
3. Qu'est-ce qu'un autre a fait pour moi aujourd'hui qui m'a apporté un peu de satisfaction ou de bonheur ? Comment y ai-je répondu ? Et comment puis-je faire pour qu'il/elle recommence ?
4. Il me paraît intéressant d'y ajouter : qu'ai-je fait pour un autre aujourd'hui, gratuitement, qui lui a fait du bien et dont je suis heureux ?

C'est une façon d'initier un cycle de « donner et recevoir », qui a fait la preuve de ses bénéfices, notamment chez des personnes souffrant d'addiction. Laissons résonner en nous cette métaphore : « Nous ne sommes pas des cruches à remplir, mais des sources à éveiller. »

- Le « coffre aux trésors » :

Cet exercice s'adresse davantage aux enfants, mais peut être très utile pour tous. Achetez, ou mieux construisez une jolie boîte, dans laquelle vous pourrez garder vos souvenirs trésors les plus précieux ; ceux-ci peuvent être de plusieurs sortes :

- une personne que vous aimez beaucoup, avec qui vous partagez de très bons moments (par exemple votre meilleur ami) ; cela peut aussi être votre animal préféré ;
- une expérience de réussite dont vous êtes très heureux (par exemple, la médaille gagnée au judo ; ou le soir du concert avec votre groupe de hard-rock au bar des amis, il y avait tous les potes, c'était de la folie) ;
- un « moment magique » (par exemple, le moment de la première pause au petit matin lors d'une randonnée : l'air pur, le silence, la beauté... c'était tellement intense que vous êtes spontanément restés 5 minutes sans rien dire ; ou ce concert, ce baptême de plongée, etc.) ; cela peut aussi être un moment existentiel intense ;
- une compétence, ou expérience relationnelle, plus habituelle, mais qui est toujours ressourçante (par exemple quand vous

faites du soutien scolaire avec votre association ; ou votre club de gym, les voyages avec votre chorale).

Pour chaque situation, préparez une fiche avec une photo ou une image, et quelques phrases qui rappellent l'essentiel ; il peut aussi y avoir un objet, un enregistrement audio, etc., tout ce qui peut réactiver les traces de cette expérience dans votre mémoire.

Vous pouvez explorer votre coffre aux trésors à tout moment, le partager avec les personnes que vous aimez vraiment, et l'utiliser dans les moments difficiles. Je vous propose alors de piocher au hasard trois fiches, de prendre le temps de vous reconnecter à ces souvenirs (avec les perceptions des cinq sens, l'émotion, les pensées positives, les sensations dans le corps, et la posture ou l'envie d'agir). Peut-être cela vous inspirera-t-il une piste pour ne pas rester coincé dans le marasme ?

Rappelez-vous que notre cerveau a été orienté par la sélection naturelle pour privilégier les souvenirs nécessaires à notre survie, c'est-à-dire ceux qui sont associés à une situation de danger, à des émotions protectrices et à des réactions de défense. Les souvenirs agréables et les émotions épanouissantes n'ont pas la même nécessité vitale, et il importe donc que nous les cultivions !

Rester dans ma fenêtre de tolérance

Vous allez repérer progressivement les ressources qui vous aident le plus, et même affiner le type de ressources à mobiliser selon le type de déstabilisation que vous vivez : en train de sortir de votre fenêtre de tolérance plutôt par le haut (panique ou colère, le cœur bat vite, etc.) ou par le bas (faiblesse, engourdissement, honte ou découragement, etc.). Je vous suggère de noter sur cette page du carnet d'une part les sensations corporelles qui vous permettent de repérer au mieux cette « sortie de fenêtre » pour pouvoir réagir au plus vite ; et les ressources qui sont alors les plus aidantes pour vous.

Par exemple, en cas d'hyperactivation (trop de stimulation du système sympathique, voir figures 6 et 9, p. 56 et 65), je peux être aidé surtout par le fait de respirer lentement par le ventre (ou par la respiration antipanique), en posant une main sur le cœur et une main sur le ventre ; ou de prendre le temps de ressentir l'ancrage et l'alignement, de presser mes mains l'une contre l'autre, puis de me détendre ; enfin de boire un verre d'eau, de me connecter à mon lieu sûr, ou d'utiliser mon contenant...

En cas d'hypoactivation (trop de stimulation du système parasympathique dorsal), je peux être aidé par le fait de bouger, me secouer, marcher, tapoter les pieds sur le sol, me frotter les cuisses et les bras ; respirer de façon un peu plus rapide et plutôt au niveau du plexus ; sentir une odeur intense ; me passer de l'eau sur le visage ; bien m'orienter dans le présent ; me connecter à ma famille symbolique...

Pour conclure ce chapitre : de nombreuses études de psychologie positive ont montré que le « style émotionnel positif » avait un impact positif sur la longévité, avec un effet aussi important (en sens inverse) que celui du tabagisme²¹. En renforçant vos ressources émotionnelles, vous allez donc améliorer votre santé psychique, mais aussi physique, et la relation à vos proches en bénéficiera certainement aussi !

CHAPITRE 7

Prenons soin de nous et de notre maison commune

« Il est plus intelligent d'allumer une toute petite lampe que de se plaindre de l'obscurité. »

LAO TSEU.

Pouvons-nous imaginer guérir indépendamment de nos relations sociales et de notre environnement ? Notre cerveau est *embodied*, en lien étroit avec le reste du corps, et *embedded*, enchâssé dans des relations qui nous sont également vitales. Nous allons donc considérer dans ce chapitre comment prendre soin :

- de notre corps et de notre cerveau ;
- des liens proches qui nous font vivre heureux ;
- de notre « vivre ensemble », en élargissant le cercle du « nous » ;
- et de notre maison commune.

Il y a de fait une profonde cohérence entre ce qui est bon pour nous à chacun de ces niveaux.

Prenons soin de notre corps et de notre cerveau

Daniel Siegel définit l'« esprit » comme « un processus relationnel et incorporé (dans le cerveau) qui régule le flux d'énergie et d'information¹ ». Il est donc important de bien nourrir notre cerveau en aliments, en sources d'information, et en oxygène ! Et aussi, comme nous l'avons vu au chapitre 6, « Prendre soin de son sommeil », p. 171, de bien lui permettre de s'autoentretenir par le sommeil.

Une bonne alimentation

Nous l'avons vu, notre cerveau se renouvelle sans cesse (neuroplasticité) ; il a donc besoin de beaucoup d'acides gras essentiels (oméga-3 en particulier²), et aussi de nombreux micronutriments (vitamines, sels minéraux, antioxydants).

Or notre alimentation a plus changé depuis l'industrialisation de l'agriculture que depuis le Néolithique. Nous sommes exposés à des surcharges et déséquilibres (trop de glucides rapides et pas assez de lents, trop d'acides gras trans et pas assez d'oméga-3, trop de protéines animales par rapport aux végétales) qui entraînent un stress oxydant, des réactions inflammatoires, des perturbations métaboliques et des neurotransmetteurs, et une baisse de la neuroplasticité³. Nous pouvons aussi avoir des carences (en fer, magnésium, vitamine D, folates en particulier). Cela a un impact sur les troubles anxieux et dépressifs⁴, et aussi sur la qualité du vieillissement et le risque de maladie d'Alzheimer⁵ (ce dernier est diminué par un régime « méditerranéen » ou japonais traditionnel⁶).

Deux sites sont intéressants à consulter sur ce sujet : celui de l'institut siin⁷, animé par des médecins nutritionnistes⁸, ainsi que le site de l'INPES (Institut national de prévention et d'éducation pour

la santé), qui résume ainsi ses conseils pour bien vieillir : associer exercice physique, alimentation équilibrée, activité cérébrale et lien social⁹. C'est ainsi que les habitants de l'île d'Okinawa au Japon sont les champions de la longévité, et de la longévité en bonne santé : ils ne deviennent dépendants que les deux dernières années de leur vie, contre sept ans pour les États-Uniens !

Les impacts écologiques de l'alimentation industrielle sont importants : c'est une des causes majeures d'émission de gaz à effet de serre, de consommation d'eau, de pollution des nappes phréatiques, et d'atteinte à la biodiversité¹⁰. Ce qui est bon pour nous dans notre assiette – diminuer la quantité, améliorer la qualité, le bio, les oméga-3, plus de fruits et légumes, peu ou pas de viande et de poisson – est aussi bon pour la planète : l'agriculture de qualité et les circuits courts protègent les sols et la biodiversité et maintiennent des emplois !

Les images virtuelles et nos choix d'informations

« Je crains le jour où la technologie surpassera nos échanges humains. Le monde aura une génération d'idiots. »

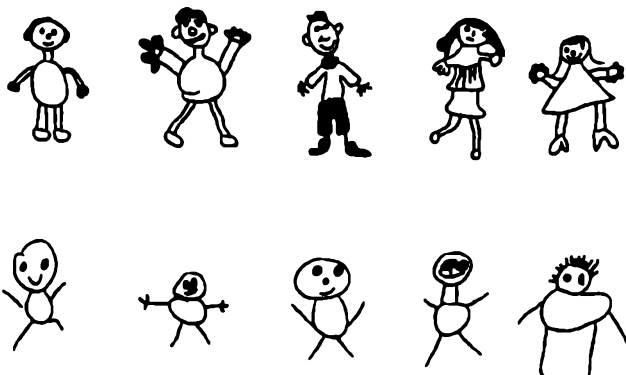
Attribué à Albert EINSTEIN.

Nous sommes exposés à une « pollution digitale » qui diminue notre capacité attentionnelle, le temps disponible pour des relations réelles, et les temps de simple repos ou attente sans rien faire. Dans ces moments-là, l'activation du « réseau par défaut » de notre cerveau aurait un rôle important, notamment pour reparcourir nos expériences de vie et en extraire du sens. Par ailleurs, la capacité à stabiliser notre attention sur une seule tâche à la fois améliore non seulement nos performances cognitives, mais entraîne aussi un état émotionnel positif¹.

LE POIDS DES IMAGES

Les recherches sur l'impact des images virtuelles et des écrans montrent¹² que la télévision (et les autres écrans) exerce une action fortement nocive sur le développement cognitif (et le vieillissement), le sommeil, et la réussite scolaire : elle diminue les capacités d'effort, d'attention, d'imagination, ainsi que les niveaux de langage, de lecture, et d'intelligence. Je montre parfois à mes patients ces deux séries de dessins d'enfants, plus parlantes qu'un long discours¹³ : leurs auteurs ont le même âge (5 à 6 ans), sont de la même catégorie sociale, mais les premiers regardent la télévision moins d'une heure par jour et les seconds plus de 3 heures par jour...

Regarder trop longtemps des écrans participe aussi à l'augmentation des risques d'obésité, de tabagisme, d'alcoolisme, et de relations sexuelles précoces, du fait des modèles comportementaux transmis. Qui peut croire que les injonctions écrites au bas des publicités pour enfants, telles : « Mangez des fruits et légumes et faites du sport ! » ont un effet, comparé au savoir-faire des publicitaires ? Ceux-ci utilisent toutes les ressources du « neuromarketing » pour exercer sur nous une influence beaucoup plus forte que nous ne croyons¹⁴ : ils activent dans nos systèmes d'action sous-corticaux la peur puis son soulagement, ou le conditionnement du système de récompense (raison pour laquelle des images de jolies femmes peu



vêtues sont associées à n'importe quel produit destiné aux hommes). Selon l'Académie des sciences¹⁵ : « La publicité impose notamment aux enfants des choix consuméristes face auxquels ils n'ont aucun recours et qui les amènent même parfois à se comporter comme de véritables tyrans prescripteurs vis-à-vis de leurs parents. »

D'autre part, les niveaux de peur et d'agressivité sont augmentés par la tolérance progressive à des niveaux de violence de plus en plus élevés, et la conviction croissante que le monde est hostile et dangereux ; enfin, les comportements agressifs sont plus fréquents, du fait des neurones miroirs. Les images violentes diminuent aussi l'empathie, les conduites d'entraide et de coopération. Pour l'Académie américaine de pédiatrie, « les preuves sont claires et évidentes : la violence dans les médias est l'un des facteurs responsables des agressions et de la violence¹⁶ ».

C'est donc un véritable enjeu pour notre santé et celle de nos enfants de nous désintoxiquer de l'exposition aux écrans.

USER DE NOTRE DISCERNEMENT DANS LE CHOIX DES CONTENUS

La diffusion massive de l'information renforce certains biais cognitifs de notre cerveau¹⁷ et notre crédulité vis-à-vis de croyances non fondées ou de théories du complot. En effet, une fois que nous avons adhéré à certaines opinions, nous avons tendance à rechercher et à retenir ce qui les confirme et à rejeter ce qui les contredit : c'est le « biais de confirmation », qui permet à notre cerveau une économie d'énergie ; et nous sommes tentés de construire une représentation du monde confortable mentalement, basée sur une logique simple, plutôt que vraie. Chacun peut trouver en quelques clics des données qui lui permettront d'affermir sa croyance, d'autant que nos recherches sur Google sont enserrées par des « bulles de filtrage » (tenant compte de notre historique de recherche) qui nous orientent en priorité vers les informations proches de notre sensibilité. Cela renforce le clivage entre différents groupes idéologiques, et une vision du monde marquée par une opposition entre « eux » et « nous ».

Du côté de l'offre sur le marché de l'information, ceux qui ont un intérêt économique ou idéologique à promouvoir leur point de vue prennent beaucoup d'espace. L'impact des lobbies est particulièrement impressionnant sur la négation du rôle de l'homme dans le dérèglement climatique ; il est bien analysé par Naomi Klein¹⁸, qui cite un sondage Harris : la proportion d'États-Uniens croyant que « la consommation ininterrompue de carburants d'origine fossile pourrait altérer le climat » était passée de 71 % en 2007 à 44 % en juin 2011 (elle a légèrement rebondi depuis, je pense que nos cerveaux ont quand même des mécanismes de défense face aux *storytellers* et autres marchands d'illusion).

Les médias sont aussi soumis à l'excès, à l'accélération (il y a moins de temps pour vérifier l'information), et à la dépendance à l'audimat : cela favorise la diffusion d'images violentes, de peurs et de colères collectives. C'est d'autant plus regrettable que des émissions de télévision à contenus prosociaux peuvent augmenter ces comportements positifs et diminuer l'agressivité¹⁹.

Les bienfaits de l'exercice physique

Les études scientifiques ont bien démontré ses bénéfices importants sur :

- les dépressions modérées²⁰ ; selon certaines études, avoir une activité sportive (cinq fois 30 minutes ou trois fois 1 heure par semaine) est aussi efficace que les antidépresseurs !
- les troubles anxieux. L'exercice physique favorise, par la libération d'une protéine musculaire, l'irisine, la formation de nouveaux neurones dans l'hippocampe et la récupération plus rapide après un stress²¹ ;
- la prévention de la maladie d'Alzheimer ; l'équipe d'Aron Buchman²² a suivi pendant quatre ans 716 personnes âgées en mesurant leur activité physique et en effectuant 19 tests de

performances cognitives : un niveau élevé d'activité physique est associé à une baisse du risque de maladie d'Alzheimer ;

- la diminution du risque global de mortalité ; une grande étude²³ a suivi, pendant en moyenne quatorze ans, plus de 660 000 personnes âgées en moyenne de 62 ans : le risque de mortalité diminue de 31 % si on fait 150 à 300 minutes d'activité physique par semaine (c'est-à-dire au moins 30 minutes cinq fois par semaine en intensité modérée, comme de la marche rapide, ou la moitié de ce temps en forte intensité).

Bref, l'exercice physique est bon pour tout le corps, et en particulier pour le cerveau ! Et il est mieux aussi pour l'environnement de se déplacer en marchant ou à vélo (ou en transports en commun) plutôt que de prendre sa voiture.

Comment gagner en liberté intérieure pour faire les bons choix ?

« Avant toute chose, il faut d'abord qu'on réduise notre avidité. Comment voulez-vous répondre à une insatiabilité permanente par des ressources limitées ? [...] »

On ne met jamais en évidence ce que l'on a, ce qui peut déjà nous réjouir. On ne parle jamais de ce dont on a vraiment besoin. J'ai besoin d'être nourri, j'ai besoin d'être vêtu, j'ai besoin d'être abrité et j'ai besoin d'être soigné. Tous ces éléments-là doivent être partagés avec l'ensemble du genre humain²⁴... »

Pierre RABHI.

La première étape est de nous donner des espaces de respiration, de pleine conscience, de recul, de méditation, pour gagner en discernement et en liberté. Commençons par choisir un des exercices de renforcement des ressources proposés : plus nous sentons que

cela nous fait du bien, plus notre motivation grandit ; plus nous portons notre attention sur une ressource, plus nous ouvrons des liens associatifs vers d'autres expériences positives !

En nous rendant plus présents à notre vie, nous devenons plus présents à la beauté du monde : je suis impressionné de voir chez mes patients (comme pour moi-même) à quel point la nature est une ressource essentielle (dans le « lieu sûr » par exemple). Nous gagnons en capacité d'émerveillement et de gratitude, de présence à nos proches, de bienveillance et d'altruisme. Un nouveau courant de la psychologie, l'écopsychologie²⁵, développe l'idée que nous ne sommes pas séparés de la « toile de vie » (le monde vivant dans son ensemble), mais que nous sommes reliés et souffrons des dommages et déséquilibres qu'il subit.

En nous recentrant sur nos valeurs essentielles, nous nous libérons de nos impulsions à consommer, et devenons plus libres par rapport à la compétition pour le rang social ; et nous privilégions ce qui donne vraiment du sens et de la saveur à notre vie, développer des espaces de relation, de créativité et de coopération.

Prenons soin des liens qui nous font vivre heureux

La famille et les liens d'attachement

« En tant qu'impératif moral, le besoin de promouvoir le bien-être des enfants fait l'objet d'un large consensus. En tant qu'impératif pragmatique, ce besoin doit être également considéré comme une priorité²⁶. »

PROMOUVOIR DES ATTACHEMENTS SÉCURES PENDANT LES 1 000 PREMIERS JOURS

C'est un enjeu majeur de santé publique : « Investir dans le développement de l'enfant est le fondement de meilleurs résultats de santé, économiques, et sociaux. Ne pas avoir de « bonnes » premières années est lié à un comportement violent, de la dépression, un taux élevé de maladies non transmissibles et des salaires plus bas²⁷. » Souvenez-vous de l'étude sur les expériences négatives de l'enfance, évoquée au chapitre 1, p. 17, qui en montre les conséquences à long terme pour la santé physique, psychique et sociale. Pour que les générations futures aient un bon « capital humain », la phase la plus sensible est celle des 1 000 premiers jours (la vie intra-utérine et les deux premières années)²⁸.

Les principes fondamentaux de la « parentalité positive »

Définis par le conseil de l'Europe²⁹, ils invitent les parents à apporter à leurs enfants :

- une éducation affectueuse – en répondant à leur besoin d'amour, d'affection et de sécurité ;
- des structures et des orientations – en leur donnant un sentiment de sécurité, en instaurant des règles de vie et en fixant les limites voulues ;
- une reconnaissance – en les écoutant et en les appréciant en tant qu'individus à part entière ;
- une autonomisation – permettant de renforcer chez eux le sentiment personnel de compétence et de contrôle personnel ;
- une éducation non violente – excluant tout châtiment corporel ou psychologiquement humiliant.

Il est certain que nos enfants nous poussent parfois aux limites de notre fenêtre de tolérance ! Mais si nous arrivons à vivre positivement les conflits éducatifs, nous leur apporterons non seulement de l'épanouissement, mais soutiendrons aussi leur développement

cérébral et la capacité de leur cortex préfrontal à réguler leur cerveau archaïque³⁰. Les interactions ayant lieu durant les premières années entre le potentiel génétique et les expériences vécues construisent en effet les connexions nerveuses qui seront à la fois la base et la structure du développement ultérieur. Lors d'une crise, le premier enjeu est de répondre avec empathie et d'apaiser le corps et les émotions ; puis nous pourrons écouter le vécu de l'enfant, l'aider à nommer ses émotions et ses besoins, et chercher ensemble une solution. Ainsi il développera le sentiment d'être accepté et sécurisé, une capacité de recul et d'observation de ce qui se passe en lui, et une confiance dans la possibilité d'une résolution non violente des conflits.

L'EMDR peut soigner les blessures des liens d'attachement (et même permettre une récupération de la taille de l'hippocampe), mais ce travail est long pour les traumatismes complexes de l'enfance.

Le premier enjeu est à l'évidence préventif, il s'agit de soutenir les familles pour promouvoir des attachements sécurisés. Toutes les politiques qui investissent dans la petite enfance sont importantes (protection maternelle et infantile, lieux d'accueil parents-bébés inspirés de « la maison verte » de Françoise Dolto, centres de conseil conjugal et de thérapie familiale, etc.), tout comme le travail des associations familiales (écoles des parents, maisons de la famille...) qui proposent des ateliers pour appliquer à l'éducation la communication non violente ou l'écoute empathique, ou des sessions destinées aux couples pour améliorer leur relation³¹.

L'EMDR pour les couples

L'EMDR apporte une possibilité très intéressante de travailler sur les blessures d'attachement, qui sont le plus souvent la cause des ruptures. Il faut pour cela que le couple ne soit pas dans une agressivité trop débordante et puisse entrer dans un registre de coopération. On renforce pour chacun une ressource de régulation émotionnelle (typiquement, le lieu sûr) ; puis on travaille successivement avec l'un et l'autre pour retraiter les souvenirs

dysfonctionnels qui ont été réactivés par le conflit du couple ; le conjoint est alors en position de cothérapeute (on l'invite à faire du *tapping* sur les épaules de son conjoint). Cela développe l'empathie, la réalisation que les racines du conflit sont souvent dans le passé pour chacun, et permet de « déminer » les réseaux de mémoire qui conduisent chacun à surréagir.

Un soutien social élargi est particulièrement important pour les familles monoparentales, qui sont les plus vulnérables ; le taux de pauvreté des parents isolés (les mères pour 86 %) est proche du double de celui de la population générale, et les enfants sont les premiers à en pâtir. Les initiatives permettant de rompre l'isolement et de soutenir les liens de proximité et de solidarité sont précieuses : parrainage, associations de quartier, soutien et activités périscolaires, systèmes d'échanges locaux – SEL – ou accorderies³² (ceux-ci permettent d'échanger des compétences, des savoir-faire et des produits avec d'autres personnes vivant dans un même secteur géographique), habitat groupé participatif, etc.

Prévenir la répétition de la maltraitance

Richard Tremblay³³, à partir d'une étude longitudinale menée pendant trente ans à Montréal, a bien montré que les parents maltraitants ont souvent subi eux-mêmes des sévices, et sont débordés par la pauvreté, l'isolement, et la multiplicité des problèmes psychologiques et matériels. Des programmes de soutien aux jeunes femmes enceintes socialement défavorisées, avec des visites à domicile d'infirmières depuis la grossesse jusqu'à 2 ans, ont prouvé leur efficacité (diminution des mauvais traitements et épanouissement des enfants) lors d'essais contrôlés sur une durée de trente ans ! Ce *nurse-family partnership* (partenariat infirmière-famille) concerne 26 000 familles par an aux États-Unis³⁴, et a été récemment adapté en France³⁵.

NOTRE MODE DE VIE FRAGILISE LA STABILITÉ DES FAMILLES

La famille a besoin de temps pour communiquer, partager des expériences ressourçantes et des émotions positives, et résoudre les conflits. Mais nos rythmes de vie et de travail ne le facilitent guère : en particulier, comme le souligne Michel Delage³⁶, « la maternité est fortement mise en tension par notre société. Celle-ci contraint beaucoup de mères à travailler, on prône une émancipation féminine qui passe par l'épanouissement professionnel [...]. En même temps, les travaux scientifiques, en particulier ceux issus de l'attachement, soulignent l'importance pour le développement de l'enfant de la présence auprès de lui d'une mère suffisamment disponible et attentive à ses besoins. [...] La société doit réfléchir aux dispositifs qui peuvent aider les parents à répondre aux besoins de l'enfant. Il y a aujourd'hui un enjeu de société qu'on peut qualifier d'écologique. » La possibilité d'un congé parental bien rémunéré jusqu'au 1 an de l'enfant, comme dans les pays nordiques, serait un vrai investissement pour l'avenir ; ainsi que des modes de garde de qualité : cet enjeu est particulièrement fort pour les enfants difficiles à réguler (une nourrice est alors préférable à la collectivité)³⁷.

La stabilité des liens est aussi fragilisée par le modèle consumériste, qui fait la promotion de l'individualisme et de la satisfaction des pulsions. Des patients, profondément marqués par des ruptures de leurs liens familiaux, me disent combien ils sont choqués par les campagnes publicitaires pour des sites de relations extraconjugales...

Enfin, quand les parents âgés deviennent dépendants, c'est aussi de la qualité des liens d'attachement que dépendra souvent la possibilité du maintien à domicile (avec bien sûr des limites en cas de pathologie lourde). Mais ce travail non rémunéré, ce « don de soin » qui repose le plus souvent sur les femmes, est très peu reconnu et surtout demande du temps !

Le modèle néolibéral va plus loin. Il conteste à la famille son fondement biologique, et développe la commercialisation de la procréation artificielle : un exemple extrême est celui des cliniques « de fertilité » californiennes où les futurs parents peuvent choisir les caractéristiques de leur futur bébé *via* la sélection du donneur de sperme ou d'ovule³⁸, et éventuellement une mère porteuse. Comment en est-on arrivé là ?

La loi ouvrant le mariage et l'adoption aux couples de même sexe présentait les objectifs louables de soutenir la stabilité des enfants élevés par des couples homosexuels, et aussi de donner une égalité de droits aux personnes homosexuelles, qui ont souvent été (et sont encore) victimes de harcèlement voire de persécutions. Mais le mariage étant lié juridiquement à la filiation, elle a entraîné la revendication d'un « droit à la parentalité », qui se centre sur les désirs des adultes plus que sur les besoins des enfants, et a défini une filiation en rupture complète avec la réalité biologique. Cette confusion entre l'égalité juridique et une égalité biologique illusoire (les hommes ne portent pas d'enfants) a conduit à développer l'artificialisation de la procréation : l'enfant n'est plus accueilli comme un don de la vie, mais devient l'objet d'un droit et d'une production technique, avec un risque croissant de sélection et de commercialisation. Or la parentalité n'est pas un droit, mais un devoir ! Dans ce domaine aussi, nous ne respectons pas les droits des générations futures³⁹. En tant que pédopsychiatre, je suis particulièrement choqué par l'« extension du domaine de la marchandise » à l'enfant qu'est la pratique des mères porteuses ou GPA (gestation pour autrui), véritable industrie qui se développe⁴⁰ en instrumentalisant le corps des femmes, et des femmes pauvres en particulier. C'est aussi la négation de tout ce qui se tisse entre la mère et le bébé pendant la grossesse ! Comment ne pas s'indigner en comprenant que la logique ultralibérale, dont la seule valeur est la création de richesse, renforce la marchandisation des rapports humains, et que son refus des limites pousse à abîmer l'homme après l'environnement⁴¹ ?

Nous sommes structurés en profondeur dans nos besoins d'attachement par l'évolution, et la famille est une donnée anthropologique universelle : « La famille fondée sur l'union plus ou moins durable, mais socialement approuvée, de deux individus de sexe différent, qui fondent un ménage, procréent et élèvent des enfants, apparaît comme un phénomène pratiquement universel présent dans toutes les sociétés⁴². »

Elle est une aspiration prioritaire pour beaucoup, en particulier chez les personnes qui ont souffert de la séparation de leurs parents. Elle répond à deux besoins fondamentaux : celui d'une « base sécurisée », dont nous avons d'autant plus besoin que nous sommes dans un contexte stressant ; et celui de donner des repères identitaires : je suis frappé par la persistance de ce questionnement chez mes patients adoptés, même si leur attachement est sécurisé.

Il est important qu'aucun parent ou enfant ne se sente jugé ou stigmatisé, et en même temps il faut reconnaître que toutes les structures familiales ne sont pas équivalentes au regard des besoins des enfants. Même si certaines familles atypiques fonctionnent mieux que certaines familles classiques, c'est le triangle mère-père-enfant(s) qui leur offre les meilleures chances d'épanouissement. Cela est confirmé par les études épidémiologiques (faites sur un large échantillon représentatif de la population) : les adultes vont mieux quand ils ont passé toute leur enfance avec une mère et un père qui sont restés unis⁴³.

Prenons donc soin de notre écosystème familial : soyons en particulier attentifs à la construction d'un attachement sécurisé pendant les « 1 000 premiers jours », à la complémentarité de la mère et du père, et prenons du temps pour soigner nos relations familiales !

L'école et l'éducation

La vie des enfants à l'école est une période très importante pour leur développement : ils peuvent y vivre des traumatismes, et aussi y trouver des ressources et des « tuteurs de résilience ».

C'est souvent vrai pour les enfants des familles les plus défavorisées, auxquels l'école maternelle apporte le plus de bénéfices... Dans la mesure où les classes ne sont pas surchargées, et où les adultes peuvent vraiment aider à la régulation émotionnelle ! Selon la plupart des analystes, les extraordinaires résultats éducatifs de la Finlande viennent du fait que ce pays a su miser sur la qualité de son système d'éducation des enfants en bas âge⁴⁴. Elle possède les formes les plus avancées de tous les pays développés en termes de qualification et de taux d'encadrement (un adulte pour quatre enfants de moins de 3 ans et un pour sept enfants de 4 à 6 ans).

Une méta-analyse⁴⁵ de 213 programmes d'apprentissage sur les motions et relations sociales, touchant plus de 270 000 enfants, a montré qu'ils leur apportaient de meilleures compétences sociales et émotionnelles, mais aussi de meilleurs résultats scolaires (amélioration moyenne de 11 %).

Exemples de recherches aux États-Unis

Dans des contextes sociaux défavorisés, elles ont montré l'efficacité d'interventions pour soutenir l'empathie et la coopération : En maternelle⁴⁶, pour 68 enfants de 4 à 5 ans : un programme de 12 semaines (trois fois 30 minutes par semaine) basé sur la pleine conscience (dirigée sur les mouvements d'un ours en peluche posé sur leur thorax, au rythme de la respiration), le développement de l'empathie, de la gratitude et de la bienveillance, a entraîné une diminution des comportements agressifs et des troubles émotionnels, et une augmentation des comportements prosociaux.

En fin de primaire⁴⁷, pour 99 enfants de 9 à 11 ans : un programme de 12 semaines basé sur la pleine conscience (trois fois 3 minutes par jour de pleine conscience dirigée sur la respiration et sur un son) et le fait de prendre soin des autres (45 minutes hebdomadaires consacrées à l'empathie, la gratitude, l'optimisme, et des exercices d'altruisme) a entraîné pour les enfants (comparé au programme habituel de « responsabilité sociale ») plus de contrôle cognitif et émotionnel, plus d'empathie, moins de

symptômes dépressifs. Ces enfants étaient évalués par leurs pairs comme moins agressifs, plus prosociaux et plus populaires.

En France aussi, de nombreux enseignants et écoles développent une pédagogie innovante, souvent inspirée de Maria Montessori. Ils cherchent à offrir aux enfants un contact avec la nature, un épanouissement dans toutes leurs dimensions, une relation de plaisir aux apprentissages ; ils utilisent la valorisation plutôt que la sanction, encouragent l'expression des émotions et la créativité, des relations de coopération plutôt que de compétition, et la résolution non violente des conflits, en formant parfois des enfants comme médiateurs.

Une expérience éducative en banlieue parisienne

Céline Alvarez a mené pendant trois ans un magnifique travail de recherche-action en tant qu'institutrice de maternelle dans une école publique en ZEP à Gennevilliers⁴⁸. Elle a mis en place un contexte de sécurité, d'amour et de bienveillance, tout en étant exigeante sur la qualité du langage et la règle de ne jamais déranger l'activité de l'autre. Dans les situations de conflit, elle consolait l'enfant, puis l'aidait à nommer l'émotion, à l'exprimer à son camarade et à proposer une solution de réparation. Elle a organisé l'environnement de la classe pour qu'il soit riche et stimulant, et qu'il permette aux enfants de choisir les activités qui les motivent, avec un matériel didactique très concret (et non des écrans...) ; elle présentait aux enfants les activités individuellement ou en tout petits groupes, en étant au plus proche du moment où ils cherchaient à développer ces potentiels, et encourageait au maximum la coopération chaleureuse et ludique entre enfants d'âges différents. Les résultats obtenus sont impressionnants pour le développement des apprentissages, de l'autonomie et du plaisir d'apprendre, et encore plus pour les compétences relationnelles (empathie, confiance, altruisme, résolution des conflits)⁴⁹.

L'enjeu de toutes ces expériences est la reconnaissance, la mutualisation et la diffusion de ces bonnes pratiques : l'association SynLab⁵⁰

a pour objectif de faire un pont entre les acteurs du monde de la recherche et du monde de l'éducation, pour tirer le meilleur des innovations françaises et internationales. Elle propose des synthèses intéressantes, comme « Créer un climat de classe positif, créatif et bienveillant », « Coopérer », « Impliquer les élèves pour donner du sens aux apprentissages ».

Enfin les contenus éducatifs et leur cohérence avec ce qui est vécu concrètement sont essentiels pour soutenir la transmission des savoirs et des valeurs éducatives par l'école, comme par les parents ; et pour résister à leur fragilisation par la force des messages consuméristes distillés par les écrans. Signalons :

- le réseau « école et nature⁵¹ », espace de ressources d'innovation pédagogique, pour faire progresser les pratiques et compétences des acteurs de l'éducation à l'environnement.
- le programme « éco-école⁵² », qui propose une méthodologie et un accompagnement auprès des écoles primaires et élémentaires, des collèges et des lycées, pour une mise en œuvre concrète du développement durable.

Rythmes de vie et relation au travail

Je suis frappé, comme beaucoup de mes collègues, par la dégradation de la relation au travail que nous observons depuis une quinzaine d'années. Ceux qui ont un travail subissent une pression de plus en plus forte, avec une augmentation des risques psychosociaux : stress, burn-out, harcèlement, etc. Le travail envahit de plus en plus l'espace privé, avec les outils informatiques et le grignotage du repos dominical. Et nous avons du mal à partager le travail alors que beaucoup, parmi les jeunes en particulier, ont bien du mal à trouver un emploi.

Mais certains se lancent courageusement dans des alternatives⁵³, réinvestissent le métier et la vie de paysan⁵⁴, ou créent des entreprises qui ont du sens. Elles cherchent à avoir des impacts sociaux

et environnementaux positifs, à développer une économie circulaire, une économie du partage ou de la fonctionnalité ; à fabriquer des objets conçus pour durer, sobres en ressources, faciles à réparer et à recycler, répondant à de vrais besoins.

Nous sentons bien que le modèle économique doit changer⁵⁵ : faire primer le capital naturel et social sur le capital financier ; aller vers des organisations de taille plus réduite, plus créatives, où le pouvoir est plus décentralisé et coopératif ; partager le travail dans le temps, en différenciant travail à rentabilité immédiate et à rentabilité différée (formation, travail associatif, élever des enfants, etc.).

**Nous avons besoin de recentrage
et d'enracinement,
de moins de biens et de plus de liens**

Une célèbre étude, qui a suivi pendant soixante-quinze ans (!) 724 hommes de milieux sociaux très différents, est résumée ainsi par son directeur : « Les bonnes relations proches nous rendent plus heureux et en meilleure santé : c'est tout⁵⁶. » Quand on interroge des personnes âgées sur ce qu'elles regrettent, elles disent le plus souvent qu'elles auraient aimé consacrer plus de temps à leur famille et à leurs amis.

L'enjeu commun à tous ces domaines de notre vie quotidienne est de nous désaliéner de toutes les « nouvelles addictions » qui nous envahissent et nous perturbent : l'alimentation, les écrans, la pornographie, et l'argent (achats compulsifs). Le modèle néolibéral les encourage en permanence, avec la promesse illusoire d'un bonheur par la consommation, et la réduction de la liberté à la satisfaction des pulsions.

Nos cerveaux sont soumis à des stimulations aliénantes qui nous conduisent à ce que Dominique Megglé⁵⁷ appelle les « 3 E : encombrement, énervement, éparpillement », et que Christophe André décrit très bien : « Ce qui fait notre humanité : notre intériorité,

est menacée par une certaine forme de modernité. Ainsi, plus nous devenons des consommateurs, des machines à acheter, à suivre la mode, à regarder la télé ou d'autres écrans, moins nous sommes humains... Et moins nous sommes humains, plus nous devenons une menace pour les autres humains et pour la Terre tout entière. Telle est ma conviction⁵⁸. »

Nous sommes heureux en développant nos systèmes motivationnels les plus spécifiquement humains, les capacités de mentalisation, d'empathie, d'altruisme et de coopération vers un sens et un but partagés (figure 5, p. 50).

Pour cela, nous avons besoin de *ralentissement, de recentrage et d'enracinement* dans un foyer et dans des liens locaux. C'est ainsi que se développent par exemple des habitats groupés participatifs⁵⁹ et des éco-lieux, où des espaces sont mutualisés, la logique de la coopération et du lien est valorisée par rapport à la spéculation immobilière ; on cherche un mode de vie plus sobre et respectueux de l'environnement, on valorise les circuits courts ; enfin on développe une ouverture sur les relations intergénérationnelles et de quartier. Nous ne pouvons pas rester reliés qu'à un petit groupe familial, notre société ne peut être résiliente et nous ne pouvons bien vivre ensemble qu'en élargissant le cercle du « nous ».

***Prenons soin de notre « vivre ensemble »,
élargissons le cercle du « nous »***

Développer des engagements locaux coopératifs

C'est pour moi une grande joie d'être témoin du chemin que font mes patients : quand nous avons vécu un trauma, le sens de la vie est remis en question, et la résilience s'accompagne de l'apprentissage de quelque chose d'essentiel sur nous-mêmes et sur le monde. Nombreux sont ceux qui ressentent plus la profondeur

de leur existence, désirent choisir ce qui est réellement important et s'engager pour ce qui a du sens ; je vois aussi cela chez de nombreux collègues praticiens EMDR, et cela me réjouit profondément ! Il a été démontré que le lien entre altruisme et bonheur était à double sens : être heureux rend plus altruiste ; et avoir des valeurs et s'engager dans des actions en accord avec ces valeurs rend plus heureux⁶⁰.

De nombreuses initiatives citoyennes, souvent soutenues par des municipalités, travaillent à renforcer la résilience des communautés locales face aux mutations rapides auxquelles nous devons nous adapter.

Par exemple, le mouvement de la transition, répandu dans 1 200 villes de 47 pays, propose de se regrouper à l'échelle d'une ville ou d'un territoire pour mettre en place des circuits courts, relocaliser l'alimentation, l'énergie, l'économie, créer une monnaie locale qui fertilise le territoire, soutenir la création de petites entreprises ; cela permet de s'engager dans une action réaliste, de renforcer les liens sociaux et la résilience, le respect de l'écosystème local. Le Collectif pour une transition citoyenne regroupe 16 organismes qui agissent déjà de façon concrète et efficace : la Nef, la Coopérative de finances éthique et Attac sur les enjeux financiers ; Énercoop et Énergie partagée pour la promotion des énergies renouvelables ; Biocoop, Bioconsom'acteurs, le réseau des AMAP, le réseau Cocagne, Terre de liens, pour une agriculture bio et locale, et pour la réinsertion ; le plan ESSE (pour une économie sociale, solidaire et écologique), Artisans du monde ; les Amis de la terre, les Colibris, les villes et territoires en transition, Alternatiba, pour développer toutes les initiatives locales qui relèvent les défis du changement climatique.

Dialoguer avec d'autres pour élargir le cercle du « nous » et construire la paix

De nombreuses initiatives créent des occasions de rencontres réelles et de fraternité entre personnes de différentes croyances, permettent un dialogue non seulement respectueux mais curieux de l'autre, et considèrent les différences comme une richesse et non comme une menace. Si nous catégorisons les personnes en « eux » et « nous » (comme des études sur des supporters de clubs de football, ou même des bébés amateurs de céréales différentes, l'ont montré⁶¹), nos comportements spontanément altruistes peuvent être inhibés, et nous pouvons même nous réjouir du malheur des autres ; alors que la connaissance et la proximité émotionnelle de l'autre diminuent l'agressivité et augmentent les comportements prosociaux⁶². Enfin, pour diminuer l'antagonisme entre deux groupes, le plus efficace est de devoir coopérer ensemble à une tâche importante (voir en annexe : altruisme et coopération nous motivent dès le plus jeune âge).

Voici trois exemples qui élargissent le cercle du « nous » :

- L'association Coexister⁶³, fondée en 2009 sur fond de tensions intercommunautaires, est un mouvement de jeunes croyants (chrétiens, musulmans, juifs) et non-croyants (agnostiques ou athées) qui s'engagent à travailler pour la cohésion sociale à travers le dialogue interreligieux : ils sont aujourd'hui plus de 1 800, répartis en 21 groupes en France et en Belgique ; ils interviennent dans des établissements scolaires pour déconstruire les préjugés et libérer le dialogue, s'investissent ensemble dans la solidarité avec les plus pauvres, et certains ont voyagé autour du monde pour rencontrer et faire connaître les principaux acteurs du dialogue interreligieux.
- Le réseau œcuménique Net for God⁶⁴ propose à 700 groupes dans 65 pays des temps de rencontre et d'échange autour de vidéos présentant des actions dans les domaines de l'œcuménisme, du

dialogue interreligieux, de la paix et de la réconciliation entre les peuples, et de l'engagement auprès des plus pauvres.

- L'association Dialogues en humanité⁶⁵ accompagne l'organisation locale de toutes formes de dialogues en humanité, ainsi que leur mise en réseaux et le croisement d'expériences.

La ville de Lyon a ainsi organisé, en juillet 2015, trois journées d'ateliers, de témoignages, d'agoras, de conférences, de fête, annoncées ainsi : « Pour réussir le XXI^e siècle ! Osons une citoyenneté de la terre, fraternelle ! Il est temps désormais de construire les conditions d'une pleine citoyenneté pour tous les membres du "peuple de la Terre". Replacer l'économie et la politique, la monnaie et le pouvoir, au rang de moyens et non de fins. De même, nous devons faire des traditions de sens et de sagesse, non une cause de guerre de civilisation, mais une chance et une source d'élévation de la conscience humaine. »

- Enfin la diffusion de valeurs comme les droits de l'homme et l'action humanitaire, même si elles sont trop souvent mises à mal, témoigne d'une profonde évolution des consciences, du développement de la compassion et de la prise de conscience de notre interdépendance. Comme le montre Steve Pinker⁶⁶, professeur de psychologie à Harvard, à partir de statistiques précises, la tendance à long terme est une baisse de toutes les formes de violence (guerres, génocides, homicides, torture, peine de mort, violences contre les femmes et les enfants). Si nous pouvons avoir l'impression du contraire, c'est que nous sommes de plus en plus informés et de moins en moins tolérants face à ces violences.

Je vais maintenant partager avec vous la façon dont certains praticiens EMDR s'engagent sur ce terrain.

L'EMDR pour rompre le cycle de la violence et pour travailler en faveur de la paix : un exemple de programme humanitaire

Nous sommes de plus en plus conscients de l'impact systémique des traumatismes de masse, qu'ils soient liés à des catastrophes naturelles ou à des situations de guerre, et nous ne pouvons rêver d'un « développement personnel » qui ne prenne en compte les enjeux collectifs. Soulignons d'ailleurs à quel point, dans les situations de catastrophe, les recherches montrent que les comportements habituels sont l'entraide et le dévouement, le courage et le partage (et non le chacun pour soi, la lâcheté et le pillage⁶⁷). Francine Shapiro a très tôt souligné le rôle potentiel de l'EMDR pour désamorcer le cycle de la violence, qui risque de s'entretenir tant que les victimes restent marquées par le stress post-traumatique et des désirs de vengeance. Très rapidement après la découverte de l'EMDR, les praticiens états-uniens ont fondé l'association HAP (Humanitarian Assistance Program), car les principaux traumatismes touchent les pays du Sud ; ils se sont aussi mobilisés pour travailler auprès des réfugiés, et pour proposer leurs services en cas de traumatismes de masse (catastrophes ou attentats terroristes). L'association EMDR France propose son aide dans ces cas⁶⁸, avec un numéro d'appel mettant en contact avec des praticiens EMDR qui se rendent disponibles et avec des associations soutenant les victimes. Notre modèle d'intervention dans les pays du Sud est de former des praticiens locaux, qui pourront ainsi apporter l'aide thérapeutique la plus pertinente tout en l'adaptant à leur culture : vous pouvez voir sur le site de HAP France⁶⁹ les différentes actions entreprises, notamment en Algérie, Roumanie, Haïti, au Zimbabwe, et à Madagascar.

Une formation EMDR pour des psychologues travaillant pour des ONG au Cambodge

J'avais été touché par le témoignage de Christian et Marie-France Despallières, qui ont fondé en 1995 l'association PSE⁷⁰ (Pour un

sourire d'enfant) pour aider les enfants et les familles qui travaillaient sur la décharge de Phnom Penh, dans un véritable enfer. En vingt ans, ils ont mis en place un programme très efficace pour les sortir de la misère, associant repas et scolarisation pour les enfants, travail social auprès des familles (avec compensation en riz du manque à gagner), soins, formation professionnelle, etc. Ce sont maintenant près de 7 000 enfants qu'ils scolarisent, et 3 500 sont sortis de la misère, avec un vrai métier : parmi ceux-ci, beaucoup parrainent à leur tour des enfants ! Ils ont reçu de nombreuses distinctions au Cambodge, et le Prix des droits de l'homme de la république française. Quand j'ai vu le film présenté par Christian, j'ai été frappé par des témoignages d'enfants qui évoquaient des symptômes typiques de stress post-traumatiques. Nous avons donc organisé pour leurs psychologues une formation EMDR (incluant aussi les psychologues d'autres ONG travaillant au Cambodge, en partenariat avec l'association REA-Résilience enfants d'Asie⁷¹).

Lors de mon dernier séjour, nous avons mis en place un protocole de thérapie de groupe très intéressant⁷², qui a prouvé son efficacité dans des situations de catastrophes naturelles, mais aussi en situation de guerre persistante (auprès d'enfants palestiniens), chez des réfugiés, ou des enfants victimes de violences en Colombie⁷³.

Nous avons travaillé avec douze filles de 10 à 12 ans qui étaient en internat, parce qu'elles avaient subi les pires violences intra-familiales. La phase de préparation incluait des exercices de régulation émotionnelle comme le lieu sûr, etc., et une explication de la méthode sous forme de conte avec des marionnettes adapté à la culture cambodgienne ; puis les filles étaient réparties en deux groupes de six, soutenus par une psychologue et une encadrante de l'internat : elles dessinaient l'image du pire moment en évaluant la perturbation émotionnelle de 0 à 10, puis faisaient le « câlin du papillon » jusqu'à ce que l'image change, et la dessinaient alors. Au terme du processus, la moitié avait complètement désensibilisé le trauma ! Les autres ont continué en thérapie individuelle. J'ai été émerveillé de leurs capacités de

résilience : il suffit en fait de peu de points d'appui positifs pour que des enfants se reconstruisent !

Le travail humanitaire est d'abord chez nous...

Abdullah, 7 ans, est venu de Mayotte à 5 ans avec sa mère et sa sœur : il avait des troubles d'attention, une agitation et des comportements perturbateurs en classe, et des réveils angoissés au point de rejoindre sa mère. Nous avons fait ensemble 16 séances sur deux ans et avons abordé de nombreux sujets, mais ce qui a été déterminant a été de désensibiliser les souvenirs traumatiques de son arrivée en France : pendant huit mois, la famille a été sans domicile fixe, appelant le 115 au jour le jour, dormant parfois dans la rue alors qu'il neigeait. Une séance a suffi (en présence de sa mère, qui a commenté à la fin : « Il t'a bien raconté ») pour qu'il n'ait plus de problèmes de sommeil (« Les soucis, j'ai tout oublié ») ; puis il a bien progressé à l'école et a énormément investi le désir de réussir : lors d'un de nos derniers rendez-vous, il expliquait à sa mère qu'il avait entendu des camarades parler du collège privé où ils iraient et qui avait meilleure réputation, et lui demandait de se renseigner !

Il est sûr que l'accueil des réfugiés est complexe, mais notre façon actuelle de le gérer renforce de nombreux troubles post-traumatiques, alors que tout le monde bénéficierait de leur potentiel de résilience... Comme le montre bien Guillaume Duval⁷⁴ à partir de l'exemple de l'Allemagne après la Seconde Guerre mondiale (afflux massif de 11 millions de réfugiés dans un pays en ruine et traumatisé), les choses se passent mieux quand on propose un accueil de qualité ! Leur accueil et leur intégration ont été financés à crédit par le plan Marshall, puis leur activité économique a engendré des revenus permettant de rembourser facilement cet endettement.

Prenons soin de notre maison commune

Même si nous ne pouvons que l'évoquer rapidement dans le cadre de ce livre, nous sommes à un moment charnière de notre histoire, pour préserver notre humanité et notre écosystème⁷⁵. Cela nous appelle à des prises de conscience collectives.

Les principaux problèmes de santé actuels sont liés à nos modes de vie et à des facteurs d'environnement

Citons en particulier l'obésité (un tiers de la population aux États-Unis) avec le diabète de type 2 (dit « gras »), qui augmente le risque de maladies cardio-vasculaires, de certains cancers, et de la maladie d'Alzheimer. Selon Margaret Chan, directrice de l'OMS (Organisation mondiale de la santé) : « L'augmentation des maladies chroniques non transmissibles est une catastrophe imminente pour la santé, pour la société et surtout pour les économies nationales. » La fréquence de ces maladies – diabète, maladies cardio-vasculaires, maladies respiratoires chroniques, cancers, et troubles mentaux – est accrue par l'urbanisation rapide non planifiée et la mondialisation de modes de vie défavorables à la santé, en particulier la mauvaise alimentation, la sédentarité, le tabagisme et l'usage nocif de l'alcool⁷⁶. En 2012, 11,6 % des décès dans le monde étaient associés à la pollution de l'air (extérieur et intérieur)⁷⁷.

Enfin la pollution par des produits chimiques (pesticides, métaux lourds, plastiques, dérivés de combustion, etc.) de l'air, de l'eau, et des aliments, augmente le risque de perturbations endocriniennes et de troubles neuro-développementaux (troubles autistiques, retards mentaux, troubles de l'attention et autres troubles des apprentissages). Aux États-Unis, 1 enfant sur 6 est concerné par ces troubles

neuro-développementaux, soit 17 % de plus qu'il y a dix ans⁷⁸, au point qu'un groupe important de spécialistes⁷⁹ a récemment tiré la sonnette d'alarme.

Les inégalités sociales s'accroissent, tant entre les pays qu'à l'intérieur de chaque pays⁸⁰

Or plus il y a d'inégalités dans un pays, plus les indicateurs sanitaires et sociaux y sont mauvais : santé physique et mentale, obésité, toxicomanie, mortalité infantile, bien-être des enfants et réussite scolaire, statut de la femme, confiance en autrui, violence, homicides, etc.⁸¹.

La croissance des revenus du capital au détriment du travail a été importante ces dernières décennies : depuis le début du XXI^e siècle, la moitié la plus pauvre de l'humanité a bénéficié de moins de 1 % de l'augmentation totale des richesses mondiales, alors que les 1 % les plus riches se sont partagé la moitié de cette hausse⁸². En France, 1 habitant sur 7 (et 1 enfant sur 5) vit aujourd'hui sous le seuil de pauvreté⁸³. Pour l'ONG Oxfam, la priorité pour la paix et le développement est un véritable plan pour éradiquer les paradis fiscaux⁸⁴.

Le chômage s'accroît du fait de la délocalisation des emplois et de la robotisation⁸⁵. La rentabilité pour les actionnaires prime au détriment de la qualité du travail (augmentation de la souffrance psychique) et des produits (obsolescence programmée). Les banques privatisent leurs profits mais font payer par la collectivité les risques qu'elles prennent en spéculant, car elles sont « *too big to fail* » (trop grosses pour faire faillite sans entraîner tout le système financier comme des dominos). Les États sont soumis au chantage à la délocalisation des multinationales (dont les bénéfices échappent à la fiscalité) et peinent à maintenir les services sociaux. Les inégalités économiques extrêmes et la confiscation du pouvoir politique sont trop souvent interdépendantes.

« Il devient indispensable de créer un système normatif qui implique des limites infranchissables et assure la protection des écosystèmes, avant que les nouvelles formes de pouvoir dérivées du paradigme technico-économique ne finissent par raser non seulement la politique mais aussi la liberté et la justice. » Est-ce un extrémiste qui dit cela ? Non, il s'agit du pape François⁸⁶. Sinon, les tensions liées à la compétition pour les ressources continueront à se cristalliser sur des antagonismes ethniques, nationalistes, ou religieux. Nous sommes interdépendants, et notre résilience personnelle a besoin de s'appuyer sur des liens d'attachement, mais aussi sur un contexte social lui-même résilient.

Les altérations de notre écosystème s'aggravent

Notre modèle de développement, fondé sur l'illusion d'une croissance sans limites sur une planète limitée, conduit à des modifications profondes de l'écosystème terrestre qui marqueront durablement les générations futures⁸⁷ : il y a des dérèglements climatiques, avec une élévation du niveau des mers et des réfugiés climatiques ; une extinction de nombreuses espèces⁸⁸ alors que nous sommes interdépendants⁸⁹ (les abeilles sont par exemple indispensables à la pollinisation) ; il y a un épuisement de certaines ressources indispensables à la vie (les mers, les forêts ; des tensions géopolitiques autour de l'eau...) et une accumulation de déchets parfois toxiques ; une artificialisation croissante des sols ; l'expropriation de petits paysans au profit d'une agriculture industrialisée qui dégrade les sols et les écosystèmes, avec des OGM stériles qui maintiennent les agriculteurs dépendants ; une appropriation du vivant par des brevets... Jusqu'à la perspective de manipulations génétiques de l'homme, et au rêve du « transhumanisme ».

Depuis quelques décennies, l'humanité prend conscience qu'elle peut s'autodétruire par guerre nucléaire ou par effondrement écosystémique⁹⁰. Tout est lié, et notre résilience personnelle et sociale a besoin de s'appuyer sur un écosystème lui-même résilient⁹¹.

Le changement de paradigme est essentiel, mais difficile

« Sois le changement que tu veux voir dans le monde. »

GANDHI.

Ce serait l'objet d'un autre livre que de décrire tous les changements à mener au plan politique⁹² pour la protection de l'environnement, une meilleure répartition des richesses, de meilleures relations sociales et une plus grande qualité de vie... Ce changement de paradigme global ne se fera que si individuellement nous changeons nos modes de vie et les modèles auxquels nous aspirons⁹³.

Il n'est pas facile de regarder en face ces « vérités qui dérangent », et nous appellent à des changements difficiles ; cela peut activer nos défenses archaïques : la fuite dans le déni ; le combat et la révolte violente ; ou encore l'effondrement dans l'impuissance et le découragement, qui nous replient sur nous-mêmes. Beaucoup de jeunes vivent aujourd'hui ce que Frankl appelle une dépression « noogène »⁹⁴ : ils ont conscience qu'il n'est pas possible de continuer dans la même lancée, mais manquent de sens et de perspectives pour agir. C'est ce qui fait l'intérêt de films comme *Sacrée croissance* (Marie-Monique Robin) ou *Demain*⁹⁵ (Cyril Dion et Mélanie Laurent), qui montrent des exemples de réalisations positives et enthousiasmantes.

Nous sommes invités à un chemin psychologique, voire spirituel, pour revenir au cœur de nos valeurs humaines fondamentales (voir en annexe) : l'empathie, la compassion et l'altruisme qui nous mobilisent pour agir ; la joie de coopérer ensemble à des projets qui ont du sens ; l'amour, l'émerveillement que la nature nous inspire !

Conclusion

« Pour ce qui est de l'avenir, il ne s'agit pas de le prévoir, mais de le rendre possible. »

Antoine DE SAINT-EXUPÉRY.

« Il ne suffit pas de concilier, en un juste milieu, la protection de la nature et le profit financier, ou la préservation de l'environnement et le progrès. Sur ces questions, les justes milieux retardent seulement un peu l'effondrement. Il s'agit simplement de redéfinir le progrès. Un développement technologique et économique qui ne laisse pas un monde meilleur et une qualité de vie intégralement supérieure ne peut pas être considéré comme un progrès. »

Pape François, *Laudato si*, pt 194.

La question de la résilience nous a accompagnés au fil de ce parcours : il s'agit de « la capacité à vivre et surmonter un trauma en faisant appel à ses ressources intérieures¹ ». L'EMDR et les nouvelles thérapies basées sur le modèle du « traitement adaptatif de l'information » mettent en évidence la merveilleuse capacité

de notre cerveau à cicatriser des traumatismes, et – en prenant plus de temps – des blessures d’attachement, qui sont la source de la plupart de nos souffrances. Elles font aussi percevoir à quel point nous sommes reliés les uns aux autres, et que c’est dans les relations, souvent aussi dans le « reparentage » de nos enfants intérieurs, que nous guérissons. Elles nous conduisent enfin à développer nos ressources internes autant qu’externes, pour mieux réguler nos émotions, nous libérer des schémas dysfonctionnels et être plus heureux.

Nous pouvons devenir plus libres : passer de l’encombrement à la sobriété, de l’éparpillement à l’enracinement, de l’énervement au ralentissement et au recentrage... Cela demande, et cela permet aussi de développer, un vrai espace intérieur de recul, de discernement, et d’acceptation de nos limites. À partir de là, comme nous l’avons vu avec les systèmes de motivation (figure 5, p. 50), se développent nos capacités d’empathie, de bienveillance envers nous-mêmes et les autres, et de coopération. Nous pouvons nous unifier, renforcer nos ressources internes, nos capacités de gratitude, d’émerveillement, de créativité, et donner plus de prix à nos ressources relationnelles que matérielles. Nous pouvons améliorer notre santé physique, psychique et relationnelle en changeant nos modes de vie (alimentation saine et de qualité, exercice physique, rythmes de vie permettant de construire une famille saine et des relations de proximité plutôt que des liens virtuels et une compétition narcissique, partage du travail, etc.).

Les recherches² montrent que les individus centrés sur les valeurs matérielles sont moins satisfaits de leur existence, ont moins de vrais amis, et sont en moins bonne santé ; ils préfèrent la compétition à la coopération, contribuent moins à l’intérêt général, et se soucient peu de l’écologie. Si nous sommes définis avant tout comme consommateurs et producteurs, chacun cherchant à maximiser son intérêt particulier, nous n’arriverons qu’à l’effondrement. Nous avons besoin de moins de biens, et de plus de liens !

C'est ainsi que le vivant est structuré : il y a des limites à l'intérieur desquelles il faut rester pour que des équilibres soient possibles³, des frontières semi-perméables qui régulent les échanges entre l'intérieur et l'extérieur, et des liens d'interdépendance qui sont vitaux : nous l'avons vu à propos du cerveau, et c'est valable pour toute cellule, tout être vivant, tout groupe social et pour tout écosystème. Pour Daniel Siegel⁴, le cœur de la santé, que ce soit dans un cerveau, un corps, une relation, un groupe social, est l'intégration : celle-ci articule la différenciation des composantes d'un système, puis leur liaison. Sinon, le système bascule vers le chaos ou la rigidité.

De même que l'attachement permet l'oscillation entre une base de sécurité et l'exploration du monde, c'est la sécurité de l'enracinement dans une famille, un groupe humain, une région, un pays, et une culture que nous aimons, qui nous permet de coopérer, de nous ouvrir aux autres et à une vision du bien commun. Sinon, la crainte de disparaître conduit aux replis identitaires fondamentalistes.

C'est aussi la juste dimension⁵ des espaces et des groupes qui fait qu'il y a une *common decency* (Orwell) dans les échanges et une résilience communautaire ; les circuits courts permettent une relation réelle entre les acteurs, où la relation de confiance, de réciprocité, et de solidarité est beaucoup plus importante que les contrats commerciaux.

Le pouvoir créatif « explosif » du cerveau a permis à l'espèce humaine d'explorer et d'exploiter tous les écosystèmes, et même de sortir de l'orbite terrestre ; il nous amène aujourd'hui à un tournant de notre histoire. L'humanité est face à cet enjeu vital : arrêter non seulement la course aux armements, mais l'escalade symétrique des narcissismes, des peurs et des frustrations, entretenue par la société de consommation⁶. Malgré l'accroissement des inégalités, de la compétition pour les ressources, et des conflits de cultures, il me semble qu'émerge de plus en plus la conscience de notre interdépendance et d'une coopération indispensable pour définir un nouveau modèle de développement humain. Nous sentons bien que les « crises »

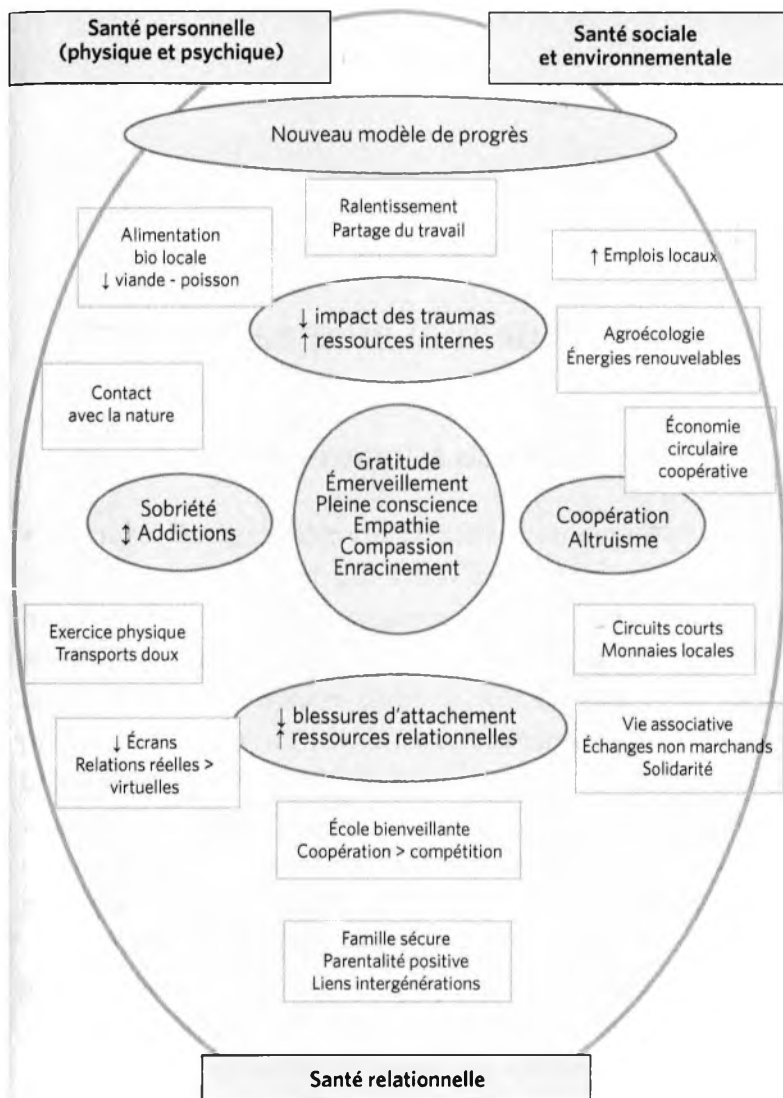
climatique, écologique, sociale, économique et financière, etc., ne se résoudront pas en continuant comme avant, mais appellent un changement de paradigme. Notre conscience collective est appelée à faire les mêmes changements que notre conscience individuelle : dépasser les réflexes de défense inscrits très profondément en nous (fuite dans le déni, prédation et compétition, combat violent), les aliénations aux énergies fossiles et à la surconsommation, les distorsions et manipulations des flux d'information et d'argent ; accéder à suffisamment de mentalisation et d'empathie pour développer de vraies coopérations internationales, indispensables pour prendre soin de notre « maison commune » et donner la priorité aux biens communs. Si nous mesurons notre progrès à la croissance du PIB, nous sommes comme des médecins qui utiliseraient un thermomètre aberrant⁷. La bonne nouvelle est que de nouveaux indicateurs de développement commencent à être utilisés par des collectivités locales et des régions, et le seront bientôt à l'échelle de la France : l'indice de développement humain (IDH), l'indicateur de santé sociale (ISS) et l'empreinte écologique.

Des mutations profondes doivent être coordonnées entre des régulations politiques (fixant des limites et réorientant les investissements au bénéfice des biens communs) et des changements dans nos modes de vie. C'est sans doute à l'échelle des territoires que peuvent le plus facilement s'articuler les dimensions économique, sociale, et écologique de cette transition ; et que de nouvelles façons de vivre en relation (habitat et mobilité partagés, économie coopérative, monnaies locales et circuits courts, etc.) peuvent stimuler un nouvel imaginaire social, mobiliser nos représentations, nos désirs et nos actions ! Et ce sont ces mêmes changements (agriculture biologique et circuits courts, sobriété énergétique et production décentralisée, développement de nouveaux modèles économiques et financiers basés sur la coopération, la mutualisation, l'économie circulaire) qui sont bons pour nous, notre société et notre planète. Nous ne pourrons nous épanouir que dans un écosystème relationnel, social et naturel suffisamment stabilisé ; et seul un travail sur

nous-mêmes nous permettra de nous engager dans des coopérations harmonieuses et des combats politiques non violents.

Le schéma suivant tente de synthétiser cette profonde cohérence entre ce qui est bon pour notre santé personnelle, relationnelle, sociale et environnementale : je n'ai pas dessiné tous les liens pour ne pas le surcharger, mais vous pouvez aisément les compléter. Le grand ovale relie tous ces enjeux de santé, avec en encadré les comportements qui la renforcent au niveau individuel (à gauche) et des communautés locales (à droite). Au centre, entourés en ovale, ce sont les changements intérieurs qui nous permettront cela ; avec la libération de l'impact des traumatismes et des blessures d'attachement et le renforcement de nos ressources internes et relationnelles, nous pourrons mettre en œuvre nos meilleurs systèmes de motivation !

La situation de crise actuelle est aussi une opportunité qui nous pousse à changer, à renforcer notre résilience personnelle, communautaire et planétaire. Nous pouvons être tentés par le découragement ou le repli, comme Voltaire qui, après avoir décrit tous les malheurs de son époque dans son *Candide*, conclut en écrivant : « Il faut cultiver notre jardin. » Il est certes nécessaire de cultiver notre jardin intérieur, notre extraordinaire écosystème cérébral, mais nous ne pouvons en rester là : nous trouverons du sens dans l'action et de la joie dans les relations en investissant pleinement notre environnement proche, notre petit « jardin local » ; tout en nous mobilisant pour notre écosystème global et ce magnifique jardin, cette miraculeuse oasis dans l'univers, qu'est notre Terre !



Annexe

Pour aller plus loin sur le cerveau

Quelques exemples de neuroplasticité

- Norman Doidge¹ rapporte l'histoire extraordinaire de Michelle Mack : cette femme est née avec l'hémisphère gauche du cerveau totalement détruit, probablement à cause d'un accident vasculaire pendant sa vie intra-utérine. On l'imaginerait lourdement handicapée, mais l'hémisphère droit de son cerveau a été capable de prendre en charge de nombreuses fonctions habituellement localisées à gauche. Elle parle presque normalement, a une vie autonome, travaille et a fondé une famille. Il y a eu un processus de sélection naturelle des fonctions les plus essentielles. Bien sûr, cette neuroplasticité est maximale dans les tout débuts du développement cérébral : une personne ayant un accident vasculaire cérébral à l'âge adulte n'a pas les mêmes possibilités de récupération. Mais, contrairement à ce qu'on a longtemps cru, notre cerveau est capable à l'âge adulte de créer de nouveaux neurones, notamment dans l'hippocampe.
- Le docteur Ramachandran² s'est lui aussi appuyé sur la plasticité cérébrale pour traiter des patients ayant des douleurs liées à des « membres fantômes ». Ces patients ont subi une amputation accidentelle ou chirurgicale, et continuent à être très gênés par des douleurs qu'ils perçoivent comme venant de leur membre absent. La raison en est que les sensations douloureuses restent inscrites

dans la région du cerveau correspondante, sans être corrigées par des sensations actuelles. Le docteur Ramachandran a eu une idée que je trouve géniale dans sa simplicité : il a construit une boîte en carton avec un miroir vertical au centre ; le patient amputé d'une main place ses deux bras de part et d'autre du miroir ; en regardant sous le bon angle, il peut voir sa main valide et son image dans le miroir : il a alors l'impression de voir sa main « fantôme » et de pouvoir la faire bouger (en faisant bouger la main valide). Même si le patient est totalement conscient du stratagème, son cerveau enregistre des informations comme venant de son membre fantôme, et les sensations douloureuses disparaissent après un entraînement de quelques semaines. L'EMDR a aussi prouvé son efficacité dans le traitement de ces douleurs : il a la même capacité à stimuler la réorganisation de réseaux de souvenirs dysfonctionnels, et peut être très aidant pour les patients souffrant d'autres types de douleurs chroniques.

Les neurones miroirs et l'empathie

L'empathie est la capacité à se mettre à la place de l'autre pour comprendre ses émotions et ses sentiments. Elle a des bases dans le monde animal, où la communication émotionnelle a une valeur adaptative pour la survie (par exemple, la transmission rapide de la peur prépare un groupe d'herbivores à fuir à l'arrivée d'un prédateur). Pour Darwin³, elle est « ce qui a produit chez nous la part la plus noble de notre nature – la règle d'or : ce que tu voudrais que les hommes fassent pour toi, fais-le pour eux ». On considère qu'elle a plusieurs composantes, associées à différentes zones du cerveau⁴ : le partage affectif, la flexibilité mentale pour adopter le point de vue de l'autre, enfin la régulation et représentation des émotions, l'ensemble reposant sur la conscience de soi.

Commençons par le partage affectif, qui repose sur les neurones miroirs

Voici comment ils ont été découverts à Parme par Giacomo Rizzolatti⁵, qui faisait des recherches en enregistrant l'activité du cerveau de singes macaques. L'histoire raconte que Rizzolatti faisait sur place sa pause pique-nique tandis que le singe le regardait et que l'enregistrement continuait : il s'est alors rendu compte que, pendant qu'il mangeait sa glace, le cerveau du singe était activé, non seulement dans la zone occipitale (visuelle), mais aussi dans la zone frontale (cortex prémoteur) correspondant à l'action de manger.

On a par la suite montré chez l'homme que les régions du cortex prémoteur et pariétal, spécialisées dans la génération des actions, sont aussi activées lorsque nous voyons cette action effectuée par un autre. De même, la perception de certaines expressions émotionnelles déclenche chez son observateur les représentations motrices correspondantes. Ces mécanismes sont fondamentaux, ils sont à la base de l'apprentissage par imitation et de la résonance émotionnelle : cette dernière implique surtout, dans l'hémisphère droit, le cortex somato-sensoriel, l'insula et le système limbique (notamment le cortex cingulaire antérieur). C'est un peu comme si nos cerveaux étaient « connectés en wi-fi », ce qui nous permet d'éprouver de l'empathie, de tenter de comprendre le comportement des autres et de prédire leurs intentions.

La flexibilité mentale est ensuite nécessaire pour ne pas voir l'autre similaire à moi-même, me dégager de ma perspective autocentrée et pouvoir me représenter le monde subjectif de l'autre comme différent du mien : ce processus de découplage fait encore intervenir des régions de l'hémisphère droit (cortex préfrontal et jonction temporo-pariétale).

Il faut enfin une capacité de régulation émotionnelle pour ne pas être submergé par l'émotion de l'autre (c'est au niveau du cortex orbitofrontal et cingulaire antérieur que cela se joue).

Les thérapeutes apprennent ainsi par l'expérience à doser leur empathie sans « se blinder », se couper de leurs émotions, mais en restant eux-mêmes, à leur place et dans leur fenêtre de tolérance.

Une étude très intéressante⁶ a montré que la seule stimulation de l'empathie, face à des vidéos de souffrances humaines, entraînait des émotions douloureuses ; puis on entraînait les personnes (par des techniques de contemplation dans un état de concentration calme) à la compassion, où la préoccupation pour la souffrance d'autrui est associée à des sentiments de bienveillance et à une motivation pour l'aider : elles n'avaient alors plus ces émotions douloureuses (elles avaient même quelques émotions positives), et cela s'accompagnait de l'activation de zones différentes du cerveau à l'IRM fonctionnelle (une partie plus antérieure du cortex cingulaire, le cortex orbitofrontal médian, et des zones du striatum ventral associées au système de récompense). La compassion et le don de soin sont donc des ressources de résilience !

On peut observer un défaut d'empathie chez les personnalités psychopathiques. Dans une célèbre recherche sur l'altruisme⁷, on a étudié la réaction à la détresse d'un autre enfant chez des enfants de 1 à 3 ans en garderie, dont la moitié venait de foyers maltraitants. La majorité des enfants de foyers normaux se préoccupaient de l'enfant en détresse, le réconfortaient, alors que chez les enfants maltraités, les réponses habituelles étaient les menaces, la colère, et même l'agression.

On peut enfin s'inquiéter de l'impact sur nos neurones miroirs des images de violence récurrentes, à la télévision ou dans le cadre de jeux vidéo⁸. Regarder un film active chez le spectateur les mêmes aires cérébrales (à un moindre degré) que quand il vit réellement ces situations. J'ai plusieurs fois soigné des enfants pour des symptômes post-traumatiques liés à des images violentes.

La bonne nouvelle est que des films transmettant des valeurs positives ou des jeux vidéo prosociaux⁹ ont à l'inverse des effets bénéfiques sur les émotions et les comportements.

L'empathie est aussi à la base de l'« accordage affectif », essentiel en particulier pour la relation parents-enfant (et pour la relation thérapeutique) : il s'agit de la capacité à percevoir les signaux de l'autre qui traduisent son état interne, à être pleinement présent, attentif et réceptif ; et à lui transmettre en retour des signaux qui font qu'il se « sent compris ». Il est magnifique d'observer une mère bien accordée qui apaise son bébé : c'est comme une « danse » de l'interaction, où elle lui renvoie, comme dans un miroir atténué et adouci, les rythmes de son activation, à travers les modulations de la voix, le rythme du bercement, le regard, la mimique et les mouvements de la tête, etc.

Quelques données complémentaires sur l'attachement

Évaluation du style d'attachement des adultes

On peut l'évaluer, ainsi que les capacités de mentalisation, par un entretien semi-structuré, l'AAI (Adult Attachment Interview) : on interroge la personne sur sa relation à ses parents, les expériences marquantes de son enfance, notamment les séparations, les relations actuelles aux enfants, etc. L'analyse des entretiens porte non pas sur le contenu, mais surtout sur la forme et la structure du récit : en particulier la cohérence entre la mémoire sémantique (les qualificatifs généraux donnés aux parents, par exemple : « ma mère était douce et gentille ») et la mémoire épisodique (les exemples précis que l'on demande pour illustrer ces qualités, par exemple : « elle prenait toujours le temps de me border, d'échanger quelques mots doux et de m'embrasser pour me coucher »). Voici ce qu'on observe typiquement :

Dans le récit des personnes ayant un état d'esprit autonome vis-à-vis de l'attachement (56 % des mères et 50 % des pères¹⁰),

il y a une cohérence entre ces deux mémoires (que les expériences aient été faciles ou difficiles), une capacité à en parler librement et sans débordement émotionnel, à valoriser sans idéaliser leurs relations affectives.

Les personnes ayant un état d'esprit détaché (16 % des mères et 24 % des pères) expriment peu de souvenirs d'enfance, et souvent une incohérence entre une description très positive de leurs parents et l'impossibilité de l'illustrer par des exemples précis.

En cas d'état d'esprit préoccupé (9 % des mères et 11 % des pères), le récit est très fourni, souvent digressif, avec un envahissement émotionnel, une colère ou une oscillation ambivalente encore mal contenues.

Dans l'état d'esprit non résolu-désorganisé (18 % des mères et 15 % des pères, mais ces derniers chiffres incluent aussi les états d'esprit non classifiables), le récit se désorganise dans sa forme et/ou son contenu lorsque sont évoquées des expériences traumatiques, notamment de ruptures et d'abus, avec souvent une confusion et un débordement émotionnel, comme si en parler était encore associé au danger. Ce sont ces personnes qui ont le plus fort risque de troubles dissociatifs (chapitre 3, « Les troubles dissociatifs », p. 67).

Une étude récente a étudié la cohérence EEG (électroencéphalographique)¹¹, c'est-à-dire l'activation simultanée de différentes zones du cerveau (qui traduit une intégration de l'expérience) chez des personnes après passation de l'AAI : par rapport au groupe témoin (états d'esprit autonome, mais aussi détaché et préoccupé), celles qui avaient un état d'esprit désorganisé et des troubles dissociatifs n'avaient pas d'augmentation de la cohérence des connexions cérébrales lors du récit, ce qui illustre bien le défaut d'intégration des souvenirs.

L'attachement spécifique au père¹²

La recherche de la proximité d'une figure d'attachement, d'une « base de sécurité », est complémentaire d'un autre système de motivation, l'exploration du monde environnant ; comme on le voit bien dans des observations vidéo, plus un enfant a une base sécurisée, plus il élargit son périmètre d'exploration. La mère a des qualités apaisantes spécifiques (par exemple, les mères de toutes les cultures vocalisent dans la même bande de fréquence assez aiguë pour calmer les enfants qui pleurent ; et c'est cette stimulation sonore précise qui active le mieux le noyau du nerf vague dans le tronc cérébral et permet d'apaiser l'enfant).

Le père, lui, a plutôt des capacités de stimulation de l'exploration : on observe qu'il a avec son enfant des jeux plus physiques (il le chatouille, l'envoie en l'air et le rattrape, le porte sur ses épaules, joue au ballon, à la bagarre), l'encourage plus à l'autonomie et à des activités tournées vers l'extérieur ; il favorise aussi le développement du sentiment de sécurité chez l'enfant, mais surtout lors de l'exploration, en lui apprenant à résoudre des problèmes, oser des défis, s'engager dans la compétition en respectant les règles et l'adversaire, et s'affirmer dans les conflits de manière socialisée¹³. Il n'a pas qu'un rôle de « séparateur de la mère », comme ont pu le dire certains psychanalystes, il est un attracteur spécifique, un stimulateur, et on voit bien comment les bébés se mettent à gigoter et à sourire dès qu'ils entendent leur père approcher en leur parlant.

De façon schématique, Allan Schore¹⁴ montre que l'enfant forme un premier attachement à la mère au cours de la première année principalement par la régulation des états de stress, et un deuxième lien d'attachement au père au cours de la deuxième année, plus lié à la régulation de l'agressivité. « L'ancien rôle phylogénétique des soins maternels, qui est resté relativement uniforme à travers les époques et les cultures, est sous-tendu par d'anciennes structures (du point de vue de l'évolution) sous-corticales. Tandis que les soins

paternels sont sous-tendus par des circuits préfrontaux-temporaux-pariétaux soutenant la compréhension sociale, qui se développent plus tard. »

Il ne s'agit pas bien sûr de revenir à des stéréotypes de rôles enfermants, mais de reconnaître et de soutenir la complémentarité des fonctions maternelle et paternelle. Même si je suis bien placé pour savoir qu'il existe des situations de maltraitance, le regard actuel sur les pères me paraît trop négatif, avec une perte de confiance dans la famille traditionnelle : l'enjeu est d'encourager les pères à s'investir auprès de leurs enfants dès le début, tout en gardant leur style de communication spécifique, et à maintenir ce lien en cas de séparation du couple.

La notion de système familial

Nous devons donc considérer l'attachement comme la résultante de l'ambiance générale du système familial¹⁵, du climat de sécurité, de quiétude, auquel contribuent tous les partenaires, et en particulier la qualité de la vie conjugale. On a même mis en évidence un lien entre le taux d'ocytocine et la « synchronie » familiale, c'est-à-dire la fréquence et la qualité des échanges de regards, de contacts, de vocalisations¹⁶ ; et le bébé est capable dès 9 mois (et même sans doute 3 mois) d'entrer en communion intersubjective à trois, avec ses deux parents¹⁷ (on voit sur des vidéos que suite à un échange affectif avec un parent, il se tourne aussitôt vers l'autre pour le partager avec lui).

À partir de 18 mois, les figures d'attachement deviennent aussi des figures éducatives, qui régulent les émotions sociales et transmettent des règles de vie sociale et morale. L'« autorité positive » est adaptée au niveau de développement de l'enfant, et l'encourage à intérioriser peu à peu les règles et les valeurs (« l'exemple vaut mieux que la leçon ») ; cela fonctionne d'autant mieux que les parents sont cohérents, coopèrent, et privilégient des sanctions

positives : il s'agit de reconnaître et de valoriser les efforts et les progrès, et de toujours distinguer le comportement répréhensible de la personne de l'enfant ; il reste aimable, on peut entendre ses émotions et besoins, le sensibiliser à l'impact de ses actions sur autrui, et l'aider à réparer ses torts et à trouver une autre issue.

Le système fraternel prend souvent une place plus importante : il s'y mêle imitation et rivalité, confrontation et complicité, bagarres et soutien, et les aînés sont parfois des tuteurs de résilience.

Le climat familial est soutenu par la qualité des relations des parents avec leurs propres parents, et le rôle des grands-mères est souvent précieux. Jared Diamond¹⁸ remarque que nous n'avons que très peu de différences génétiques avec les chimpanzés et explore les petites modifications qui auraient pu avoir un effet aussi majeur que l'hominisation. Outre nos capacités pour un langage évolué et une grande boîte crânienne, il souligne les particularités de notre cycle de vie par rapport aux autres grands singes : les enfants humains continuent à dépendre de leurs parents pour la nourriture après le sevrage, ce qui demande beaucoup d'énergie. Ce ne sont pas seulement les mères, mais souvent aussi les pères, qui sont impliqués dans les soins aux petits ; les groupes sociaux sont donc le plus souvent organisés en couples monogames (même si certains ont des relations extraconjugales), qui ont des relations sexuelles non limitées aux périodes d'ovulation (celles-ci sont d'ailleurs inapparentes, contrairement aux femelles singes dont les organes génitaux deviennent alors rouges et réceptifs à tous les mâles du voisinage). Cela soutient l'investissement des pères auprès de leur progéniture et la coopération entre les deux parents. Au-delà des pères, il y a un soutien du groupe social élargi, et ce sont en particulier les femmes qui vivent au-delà de la ménopause qui apportent un grand soutien aux jeunes mères¹⁹.

Évolution de l'attachement au cours de la vie

- Au cours de l'*adolescence* se rejouent beaucoup de choses : la montée pulsionnelle liée à la puberté (qui est de plus en plus précoce) est aussi stimulée par l'érotisation des messages médiatico-publicitaires, alors que le cortex préfrontal, qui permet la distanciation et la régulation émotionnelle, n'a pas encore fini son développement, et que l'autonomisation est de plus en plus complexe et tardive (difficultés d'accès au logement et au travail). Il y a donc des facteurs de tension et d'insécurité qui réactivent les systèmes de l'attachement pour les adolescents comme pour leurs parents. L'affiliation au groupe des pairs, qui prend un rôle important, et les relations amoureuses leur permettent de rejouer leurs schémas d'attachement, soit pour le pire (les schémas dysfonctionnels répétitifs), soit pour le meilleur !

La capacité de la famille à être une base sécurisée est essentielle pour l'adolescent : il peut vivre cette période critique comme une menace de ruptures affectives, d'effondrement narcissique, et de débordements émotionnels, et tenter de s'apaiser par des prises de toxiques ou des passages à l'acte (boulimie, scarifications, conduites à risque, tentatives de suicide) ; ou désinvestir un monde extérieur trop menaçant, en s'isolant et en surinvestissant un univers virtuel.

- Pour un bon fonctionnement *du couple*, il est souhaitable que différents systèmes d'action puissent se coordonner : l'attachement, le don de soin, le jeu, le lien sexuel, et bien sûr la mentalisation, l'empathie, la coopération et l'altruisme (figure 5, p. 50). Dans les périodes de stress, les schémas d'attachement sont particulièrement réactivés, et il peut se produire un décalage entre les réactions et les besoins de l'un et de l'autre : par exemple, madame peut avoir un attachement ambivalent et activer beaucoup de demandes d'apaisement et de colère si elle ne se sent pas sécurisée, alors que monsieur peut avoir un attachement évitant et « se retirer dans sa grotte » d'autant plus qu'il est débordé par trop d'émotions ; cela peut conduire à une spirale de frustrations et d'interactions

négligentes. Si les deux partenaires ont un attachement préoccupé, ils peuvent entrer dans une escalade symétrique de revendications et des crises fréquentes.

Pour traverser cela, il faut préserver un espace de recul et de dialogue autour de la relation (en dehors des problèmes à résoudre) ; et c'est quand chacun arrive à se décentrer et à éprouver de l'empathie pour les vulnérabilités de l'autre que le couple peut ressortir plus solide de l'épreuve. La relation de couple est une merveilleuse opportunité pour remanier les styles d'attachement, et permet souvent d'aller vers un attachement plus sûr (selon certaines recherches²⁰, c'est le cas pour environ une personne sur quatre).

- *Le vieillissement* apporte enfin une plus grande insécurité : les limites imposées par les maladies ou déficits, les séparations et les pertes, activent les besoins d'attachement ; il y a peu à peu une inversion des rôles, où les enfants deviennent les donneurs de soins, et cela se vit bien sûr d'autant plus facilement que leur attachement est sûr.

Les mécanismes cérébraux de l'attachement et du don de soin

Les facteurs hormonaux de la période périnatale jouent un rôle essentiel pour stimuler le lien et le don de soin, et en particulier l'ocytocine, qui stimule les contractions utérines, la lactation, et les comportements maternants ; la sécrétion d'ocytocine continue à être stimulée par les contacts peau à peau, la succion, et en fait tous les stimuli associés au lien maternel (par exemple l'odeur d'un vêtement ou la photo de leur bébé peuvent aider les mères qui tirent leur lait pour leur enfant prématuré). L'ocytocine interagit avec les systèmes de récompense/plaisir (dopamine et opiacés endogènes), ce qui fait que la mère trouve son bébé magnifique et renforce l'expression de son don de soin ; l'ocytocine aiderait aussi à réguler

le stress maternel suite à la naissance, en inhibant le fonctionnement de l'amygdale. Les stimuli venant du bébé activent chez la mère les circuits de l'empathie, de la régulation émotionnelle et de l'attention (cortex orbitofrontal et cingulaire antérieur, système limbique) ainsi que l'hypothalamus, où l'ocytocine est produite.

L'activation du don de soin se fait de façon plus progressive pour le père, au fur et à mesure de son investissement dans les soins au bébé, et avec un profil un peu différent : le rôle de l'ocytocine est relativement moindre et celui d'une autre hormone, la vasopressine, plus important²¹. On observe aussi en fin de grossesse une baisse de la testostérone, qui (avec l'augmentation de la vasopressine et de l'ocytocine) diminue le niveau d'agressivité et augmente l'empathie pour le bébé.

Pour le bébé, recevoir des soins adaptés diminue le niveau de stress et le taux de cortisol. La peau, notre plus grand organe sensoriel, a deux types de récepteurs, ceux qui transmettent au cortex somato-sensoriel les informations permettant de toucher et prendre les objets, et ceux qui transmettent au cerveau émotionnel la qualité affective du contact : le toucher tendre, rassurant, les massages, les contacts peau à peau (vitaux pour les prématurés, pour qui on a développé la « méthode kangourou »), et même les caresses à un animal familier, stimulent l'ocytocine et les endorphines²². La mère est ainsi une sorte de « régulateur psycho-biologique » qui protège le bébé d'un stress trop élevé. Inversement, si les figures d'attachement sont insensibles, intrusives ou abusives, il y a un haut niveau de cortisol qui est toxique pour les cellules de l'hippocampe : on observe ainsi des hippocampes plus petits chez les personnes ayant un attachement désorganisé²³. Heureusement, cela est réversible ! Enfin, le stress intense pendant la petite enfance sensibiliserait l'amygdale et amènerait à une hypervigilance face aux stimuli potentiellement menaçants²⁴.

Il est enfin important de souligner que l'enfant est un partenaire actif de l'interaction, et que son tempérament peut le rendre plus ou moins facile à apaiser : certains enfants ont ainsi une efficacité

moindre de la neurotransmission par la sérotonine, qui joue un rôle important dans la régulation des émotions (ils ont une variante courte du gène transporteur de la sérotonine) : ils sont hyperréactifs au bruit et plus difficiles à calmer. Si la mère a peu de réponses « accordées », ils ont un haut risque d'attachement insécure ; mais si l'accordage maternel est élevé, elle peut « tamponner » ce risque²⁵.

Altruisme et coopération nous motivent dès le plus jeune âge²⁶

Notre exceptionnelle faculté d'imitation et d'empathie – en rapport avec les neurones miroirs – est à l'origine de notre tendance à coopérer de façon altruiste, qui se voit très tôt.

Les études chez les nourrissons

Les nourrissons de 14 à 18 mois vont *aider* un adulte inconnu confronté à un problème mineur (par exemple lui rattraper un objet qu'il laisse tomber ou lui ouvrir une porte de placard, alors qu'il a les mains pleines) ; et ce comportement n'est pas augmenté par les récompenses : elles ont même l'effet inverse, comme si elles court-circuitaient la gratification interne²⁷ ! L'aide émotionnelle (s'efforcer de consoler une adulte qui pleure d'avoir cassé son jouet) émerge à partir de 18 mois pour les filles et 21 mois pour les garçons²⁸. De façon très intéressante, cette aide émotionnelle adaptée apparaît chez l'enfant au même moment que sa capacité à s'identifier dans un miroir.

Ces comportements sont spontanés et ont aussi été observés dans la vie quotidienne d'enfants entre 18 et 30 mois ; ils précèdent l'apprentissage des normes sociales, qui auront bien sûr leur importance par la suite : les enfants sont très tôt sensibles aux normes de coopération et de conformité (ils extraient, à partir de situations

sociales, des règles implicites, du style « ça se fait comme ça », et une perspective du « nous », du groupe d'appartenance). Ces deux catégories de normes sont renforcées par les émotions de honte et de culpabilité. Ainsi, à partir de 5 ans, l'altruisme devient plus sélectif selon le degré de parenté, la réciprocité, et les normes culturelles apprises.

Concernant le *partage*, si on donne le choix à un enfant de 2-3 ans entre deux plateaux, un qui donne de la nourriture à un autre enfant ainsi qu'à lui, et l'autre qui ne la lui attribue qu'à lui, il va le plus souvent choisir l'option équitable ; s'ils ne partagent pas d'emblée équitablement, celui qui a moins interpelle l'autre et ce dernier égalise presque toujours les parts. Il est clair que les enfants s'accrochent parfois férocement à leurs possessions, et que les enfants d'une même fratrie ont parfois des rivalités redoutables, mais les enfants aiment aussi donner et partager quand ils en ont la possibilité. Des enfants de 2 ans sont plus heureux quand ils donnent un bonbon que quand ils le gardent pour eux²⁹. Hubert Montagner³⁰ a observé de façon très fine les interactions entre eux d'enfants de 1 à 3 ans et décrit beaucoup de coopérations, qui se développent en particulier dans un contexte favorable (il est par exemple souhaitable qu'il y ait plusieurs exemplaires des jouets, pour que le désir mimétique ne tourne pas à la rivalité).

Les recherches chez les adultes

Elles confirment cette motivation altruiste intrinsèque. Daniel Batson³¹, qui a consacré sa carrière à ce sujet, conclut : « L'examen de 25 travaux de recherche en psychologie sociale, étalés sur quinze ans, a permis de vérifier l'hypothèse selon laquelle l'altruisme véritable, celui qui a pour seule motivation la réalisation du bien d'autrui, existe bien. »

Lors d'une expérience, on donnait à des personnes une enveloppe avec 20 dollars ; la moitié avait la consigne de les dépenser pour elles-mêmes, et l'autre moitié de les dépenser pour d'autres

personnes : celles qui dépensaient l'argent au bénéfice d'autrui étaient plus heureuses que les autres³² !

Les études de psychologie sociale³³ utilisent souvent des jeux de confiance, où les participants ont une somme d'argent qu'ils peuvent (ou non) investir dans un pot commun ; l'investissement commun est multiplié par 2 puis redistribué de façon égale entre tous. Quand le jeu est anonyme, 60 à 70 % des gens se font initialement confiance pour coopérer ; si une minorité exploite le système à son profit, la confiance et la coopération diminuent ; mais si on peut sanctionner les mauvais collaborateurs, la coopération remonte jusqu'à 100 % : l'intérêt des égoïstes est alors de se comporter comme les altruistes. Enfin, dans des expériences où on peut identifier les coopérateurs et les profiteurs, associer à la sanction des profiteurs l'encouragement et la récompense des actions positives, paraît le plus apte à promouvoir la coopération³⁴. Les motivations sociales (exigence de réciprocité, souci de la réputation, émotions de fierté, honte ou culpabilité, etc.) jouent un rôle bien plus grand dans les comportements coopératifs que les motivations instrumentales (incitations et sanctions).

De façon très encourageante, on a aussi observé que l'adoption d'un comportement coopératif par un individu induit des comportements similaires dans son réseau social, ce qui triple son impact³⁵. C'est pourquoi il est essentiel de sortir d'une vision négative de la nature humaine : plus nous attendons le meilleur de nous-mêmes et des autres, et plus ce meilleur s'exprimera.

Dans des situations réelles de catastrophes, les recherches (très bien synthétisées par Jacques Lecomte) montrent que, contrairement aux images dramatisées souvent montrées par les médias (notamment lors de l'ouragan Katrina) :

- même effrayés, les gens gardent le plus souvent leur sang-froid, réagissent rationnellement, et coopèrent en attendant les secours ;
- il y a très peu de pillages ou d'agressions, on observe plutôt le développement de liens de solidarité, d'entraide, voire d'altruisme héroïque, et une véritable « résilience collective ».

Nous avons des préférences sociales altruistes qui peuvent nous faire préférer les bénéfices pour le groupe même à notre détriment : comme le fait remarquer Joan Silk (voir Tomasello³⁶) : « avec le mutualisme (coopération limitée aux situations avantageuses pour tous), nous n'arrivons pas à Nelson Mandela, nous n'arrivons qu'à Nicolas Machiavel ».

Comme le souligne Joël Candau³⁷, « Notre espèce est la seule où on observe des coopérations fortes, régulières, diverses, risquées, étendues et supposant des sanctions parfois coûteuses entre individus sans relations de parenté. À ce titre, la coopération humaine constitue un défi tout autant à la théorie la plus orthodoxe de l'évolution, arc-boutée sur la notion de compétition entre individus uniquement préoccupés par leur propre reproduction, qu'à la théorie économique classique fondée sur l'existence d'acteurs « égoïstes » entièrement voués à la maximisation de leurs intérêts. [...] La spécificité d'*Homo sapiens* est son aptitude à des formes de coopération toujours plus ouvertes. »

On comprend aisément la coopération fermée, qui permet à des groupes fortement coopérateurs de plus survivre que les groupes faiblement coopérateurs. Elle renforce les liens au sein du groupe d'appartenance, le protège de l'arrivée de « mauvais » coopérateurs, favorise la connaissance des réputations, et offre des ancrages identitaires solides. L'étude de la gouvernance des biens communs³⁸ en est un exemple : partout dans le monde, des communautés locales ont défini des règles pour préserver leurs ressources communes ; pour cela, il faut que les groupes aient des frontières définies et une taille permettant aux membres de se connaître, et qu'il y ait des sanctions graduées en cas de transgression.

Dans une société réelle, la sanction n'a des effets positifs sur la coopération que si existent par ailleurs une réduction des inégalités sociales, des normes prosociales puissantes, et une confiance dans les leaders et les institutions. Mais lorsqu'un pouvoir politique favorise la coopération fermée, il risque d'exclure ou de discriminer tous ceux qui ne relèvent pas du « nous », d'une même identité collective

(culturelle, religieuse, ethnique, ou nationale), et peut provoquer des conflits violents. Heureusement, nous avons aussi une aptitude exceptionnelle à la coopération ouverte, bien au-delà de la parenté et du groupe d'appartenance. Cette ouverture à des influences extérieures favorise la diffusion des connaissances, l'innovation, la capacité d'adaptation et une plus grande stabilité politique ; mais elle peut fragiliser l'ancrage identitaire dont les groupements humains semblent ne pouvoir se passer. Nous retrouvons ici l'importance des dialogues interculturels et interreligieux. Des expériences³⁹ avec des adolescents, répartis en deux groupes lors d'une colonie de vacances, ont montré à quel point les identités groupales renforçaient l'hostilité entre les deux groupes ; et que pour ramener la paix, le meilleur moyen était de les confronter à une tâche nécessaire impliquant la coopération de tous (dégager le camion de ravitaillement du camp d'une profonde ornière) : n'est-ce pas la nécessité à laquelle nous sommes confrontés pour notre « maison commune » ?

Le carnet des ressources

« Quand nous acceptons profondément ce que nous sommes,
en nous sentant vraiment compris par un autre,
alors nous commençons à changer. »

Dr Emmanuel Contamin

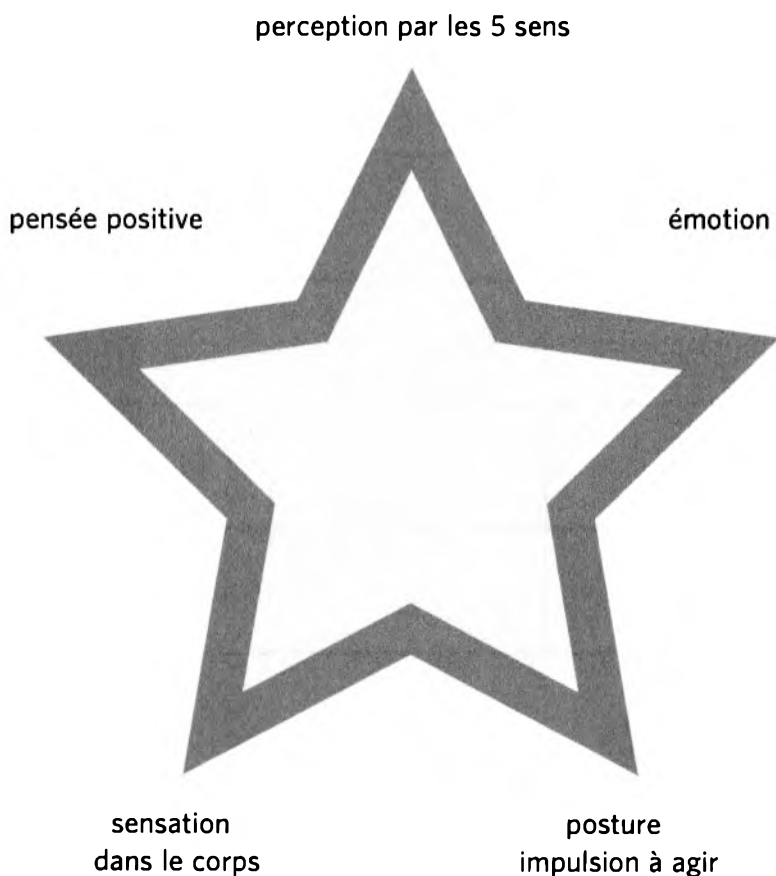
Check-list des ressources
(d'après Ogden)

	EXTERNES <i>(dépendant d'autres)</i>
matérielles	
corporelles	
émotionnelles	
intellectuelles	
créatives	
naturelles	
relationnelles	
spirituelles	

	INTERNES <i>(ne dépendant que de vous-même)</i>
matérielles	
corporelles	
émotionnelles	
intellectuelles	
créatives	
naturelles	
relationnelles	
spirituelles	

Installer une ressource

Installez chaque ressource en portant votre attention sur tous ses aspects : restez en pleine conscience 30 secondes + faites un *tapping* lent alterné.



Ancrage et alignement

▪ Assis sur une chaise

Appuyez les pieds bien à plat par terre ; sentez votre assise, observez les sensations dans vos jambes et votre dos pendant que le mouvement vous presse contre le dossier.

Utilisez une balle antistress avec la main gauche qui concentre et laisse aller la tension, puis un objet apaisant avec la main droite qui accueille le positif.

Si vous ressentez une hypoactivation (jambes molles, engourdis, faiblesse, fatigue...), faites un *tapping* alterné des pieds.

▪ Debout

Ressentez le sol à travers vos pieds, comme s'ils avaient des racines ; imaginez une ficelle qui tire le sommet du crâne vers le haut ; prenez conscience de l'empilement du corps : pieds... genoux (déverrouillés)... hanches... vertèbres... cou et tête...

Si hypoactivation, appuyez-vous d'un pied sur l'autre en contractant les mollets, ou marchez.

▪ Utilisez une odeur ou une saveur

Elle vous ancre (ex. chocolat amer, pastille de menthe).

▪ Utilisez le 5-4-3-2-1

Contenant

- Laissez venir à votre esprit l'image d'un contenant, où vous pourriez laisser aller pour le moment tout ce qui peut vous perturber... (forme, taille, matière, couleur, et un bon système de fermeture)...
- Quand tout ce qui vous perturbe sera allé dans votre contenant, fermez-le hermétiquement et observez dans votre corps la sensation d'être en sécurité dans le moment présent.

État sûr

- Restez présent à cette sensation dans le corps et laissez-la se renforcer en faisant du *tapping* alterné sur vos genoux...
- Associez un mot clé qui dit cet état de sécurité ressenti dans votre corps et dans le moment présent.
- Pratiquez cet exercice le matin au lever et le soir au coucher.

Dessin du contenant

État sûr

- Sensation dans le corps
- Mot clé

Pleine conscience ou mindfulness

- **Signifie porter son attention**

- délibérément
- dans le moment présent
- sans jugement de valeur
- sans chercher à changer ce qui est là

- **Petit exercice (d'après Segal et al.)**

1. Essayez d'abord d'être vraiment conscient à ce qui se passe en vous maintenant, du mieux que vous pouvez : observez les *pensées* qui traversent votre esprit simplement en tant qu'événements mentaux, comme des nuages qui passent sur le fond du ciel.

Observez aussi les *sentiments* qui sont là maintenant : si certains sont désagréables, plutôt que de les éloigner, reconnaissez-les simplement : « Ah, vous êtes là, c'est ainsi maintenant. »

Observez enfin vos sensations *corporelles* : s'il y a des sensations difficiles, notez simplement : « OK, c'est comme ça en ce moment. »

2. Rassemblez votre conscience en vous concentrant sur votre *respiration*. Laissez votre attention se diriger vers les mouvements de l'abdomen, vers l'inspiration et l'expiration, moment après moment, du mieux que vous le pouvez. Sentez les moments d'entrée de l'air, à travers vos narines, votre gorge, votre trachée et vos poumons, et les moments de sortie de l'air.

Fixez simplement votre attention sur la respiration, comme un point d'ancrage pour être vraiment présent.

Sentez l'air aller jusque dans vos bras, vos mains, jusqu'au bout de vos doigts, et se diffuser également vers votre ventre, vos jambes, vos chevilles, vos pieds, jusqu'au bout de vos orteils. Prenez conscience que le simple fait de respirer, d'inspirer et d'expirer, vous permet de vivre.

Et si par hasard des pensées viennent traverser votre esprit, ne les jugez pas, considérez-les simplement comme des pensées, et laissez-les quitter votre esprit pour recentrer votre attention sur votre respiration.

3. Laissez maintenant votre conscience s'étendre à la *perception de votre corps comme un ensemble*. Ainsi vous avez une conscience plus étendue, comme si votre corps entier respirait. Observez toutes vos sensations, alors que vous prenez conscience de votre corps comme d'un tout. Ne les jugez pas, ressentez-les simplement, tout en restant concentré sur votre respiration.

Continuez cet exercice quelques minutes... Si vous sentez que votre esprit vagabonde, ramenez-le simplement vers votre souffle.

- **Pratiquez un exercice de 10-15 minutes/jour**
- **Et vivez des moments de vie quotidienne en pleine conscience** (marche, dessert, douche...)

Lien sûr

- Image
 - Sons
 - Odeurs
 - Sensations tactiles, chaleur ou fraîcheur
 - Sensations dans le corps
-
- Mot clé
-
- Renforcer avec *tapping* alterné sur les genoux ou épaules (« câlin du papillon »)
 - Pratiquer tous les soirs, et en cas de besoin dans la journée

*Dessin ou photo
du lieu sûr*



Cohérence cardiaque

- **Respiration**

- avec le ventre (bien vider les poumons en soufflant, puis inspirer lentement) ;
- lente et ample, sans mobiliser les épaules : environ 6 cycles de respiration/minute (5 secondes à l'inspiration/5 secondes à l'expiration).
- transition souple entre inspiration et expiration.

- **Pratiquer trois fois/jour pendant 3 à 5 minutes**

On peut s'aider en dessinant des vagues ou avec des applications sur smartphone.

Centrage

- **Poser une main sur le ventre pour bien sentir les mouvements respiratoires**

- **Poser l'autre main sur le cœur, sentir ses battements, sensations (douceur, chaleur)**

- **Associer un mot clé**

Prendre soin de mon sommeil

- **Respecter son rythme**

- ne se coucher que quand on a sommeil
- maintenir horaires de lever réguliers
- tenir un agenda du sommeil si besoin.

- **Chambre aérée entre 18 et 20 °C**

- lit confortable et douillet
- sans appareils électroniques (ou bruit blanc)

- **« Ancres » de sécurité si angoisse**

- **Éviter repas copieux, alcool, excitants, attendre après activité sportive**

- **Bain ou douche pas trop chaud**

- **Rituel d'endormissement, par exemple avec l'une de ces activités**

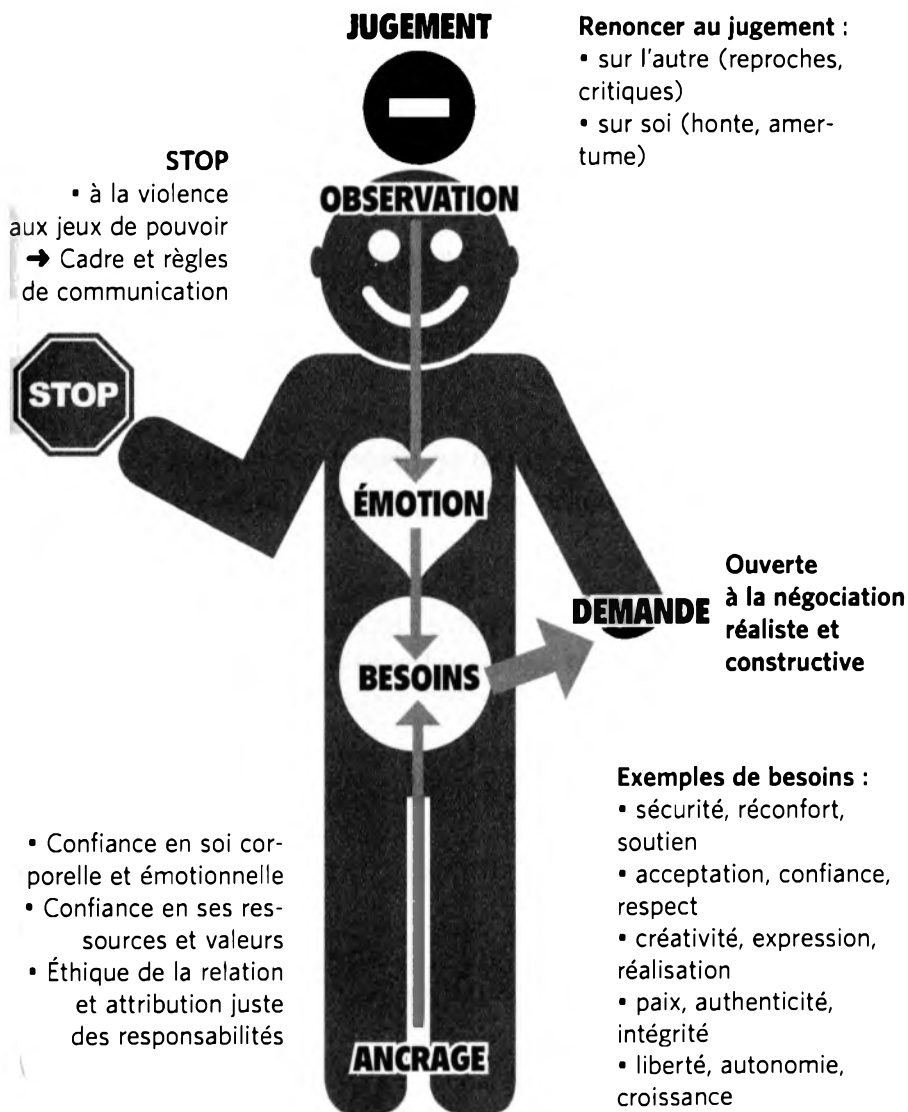
- contenant (ou faisceau lumineux si douleur)
 - lieu sûr
 - méditer sur moments de gratitude
-
-
-

Renforcer mes frontières

- Visualiser la frontière (forme, matière, couleur, ou barrière d'énergie, cuirasse)
- Messages apaisants tournés vers moi
- Messages tournés vers l'autre
- Ce qui change dans mon corps

Communication non violente

(d'après Marshall Rosenberg)



Apprendre à m'affirmer de façon juste

- Choisir un moment et un contexte favorables, se donner le temps de se préparer.
- Être dans une posture ancrée et alignée, droite et détendue, avec un contact visuel et un ton de voix posé.
- Assumer, dire : « je » et non « tu ».
- Écouter attentivement, reformuler, faire préciser si besoin.
- Être clair, précis, spécifique en disant ses limites (« non » ou « pas maintenant »), assuré dans ses besoins et ses demandes.
- Demander un retour de l'autre sur notre position, écouter attentivement ses besoins et opinions, se montrer ouvert à la négociation.
- Humour respectueux si c'est adapté.
- Donner et recevoir des critiques constructives et des compliments.
- Progresser par « marches d'escalier » plutôt qu'affronter d'emblée une « falaise ».

Famille symbolique

(d'après Hélène Dellucci)

- Image (photo ou dessin) d'une personne par qui j'aurais aimé être éduqué ou accompagné

- Pour quelles valeurs existentielles ?

- Paroles qu'elle me donnerait pour m'aider

Famille symbolique (2)

- Image d'une personne par qui j'aurais aimé être éduqué ou accompagné

- Pour quelles valeurs existentielles ?

- Paroles qu'elle me donnerait pour m'aider

Famille symbolique (3)

- Image d'une personne par qui j'aurais aimé être éduqué ou accompagné

- Pour quelles valeurs existentielles ?

- Paroles qu'elle me donnerait pour m'aider

Famille symbolique (4)

- Image d'une personne par qui j'aurais aimé être éduqué ou accompagné

- Pour quelles valeurs existentielles ?

- Paroles qu'elle me donnerait pour m'aider

Faisceau lumineux

▪ Si douleur physique ou émotionnelle, observez cette sensation, quelle serait :

- sa forme ?
- sa taille ?
- sa couleur ?
- sa température ?
- sa texture ?
- son bruit ?

▪ Quelle est votre couleur préférée, associée à la guérison ?

▪ Imaginez un faisceau lumineux de cette couleur, qui vient du ciel, passe à travers le sommet de votre tête et se dirige vers cette forme : la lumière résonne, vibre dans et autour de cette forme. Comment évoluent la forme, la taille, la couleur, la température ?

Me préparer à un défi

- Préparez ce dont vous aurez besoin de façon concrète et réaliste.
- Concentrez-vous sur la situation et décidez comment vous aimeriez voir, sentir, penser et agir.
 - 3 qualités qui vous seraient nécessaires :
 - 3 situations où vous les avez ressenties
 - installez ces ressources
 - 3 personnes qui seraient aidantes :
 - ce que chacune vous dirait face à la situation
 - installez ces ressources
- Associez les sensations dans le corps et la posture à la pensée : « je peux réussir », et laissez se dérouler dans votre esprit le film où vous gérez bien la situation du début à la fin ; appréciez les sensations et émotions
- Imaginez quelques difficultés, que vous réussissiez à gérer avec calme et confiance.

Cultiver la gratitude

- **Lors d'un temps de méditation le soir :**

Souvenez-vous de trois bons moments de la journée.

Restez avec image, sensation, pensée positive.

Centrez-vous sur le cœur et répétez « merci » au rythme de la respiration.

Adaptez la formulation à vos croyances religieuses ou existentielles.

- **Le coffre aux trésors :**

Fabriquez une jolie boîte.

Souvenez-vous d'expériences importantes :

- de réussites
- de relations précieuses
- de moments de qualité
- de sens existentiel

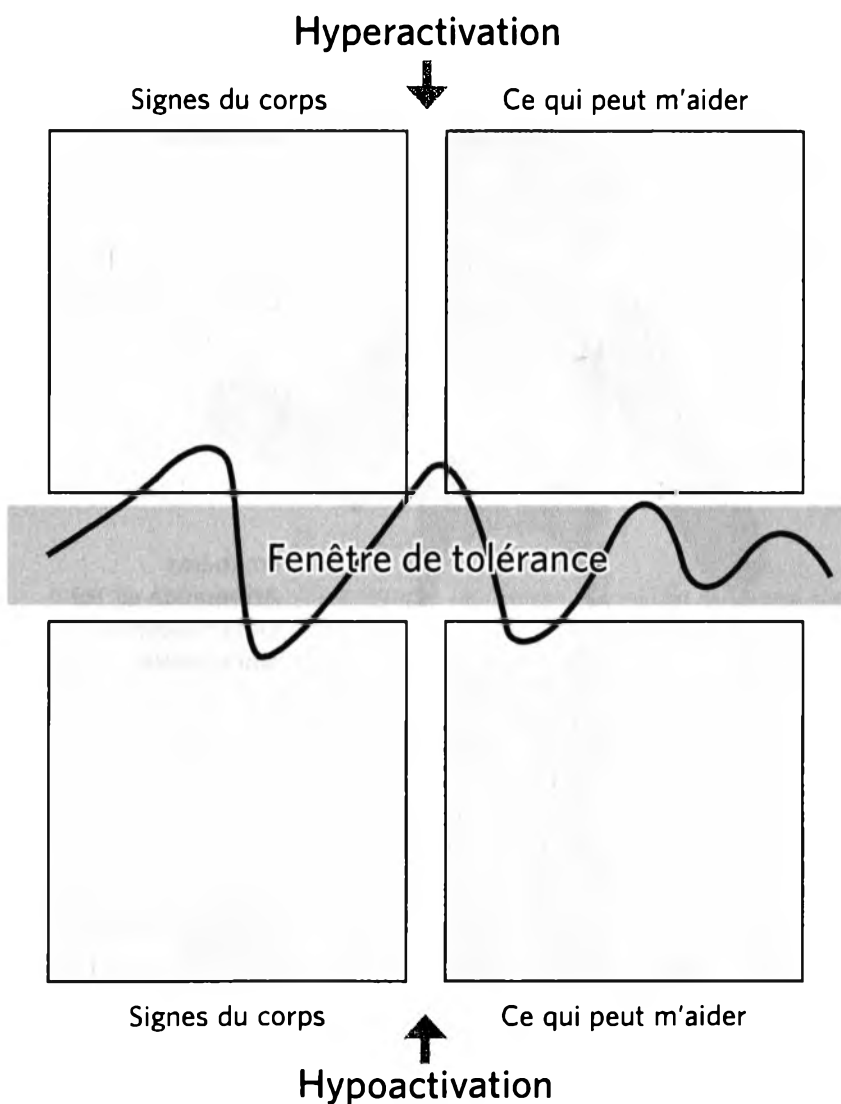
Pour chacune, préparez une fiche avec :

- le récit
- une photo, un dessin
- ou un objet, un enregistrement musical...

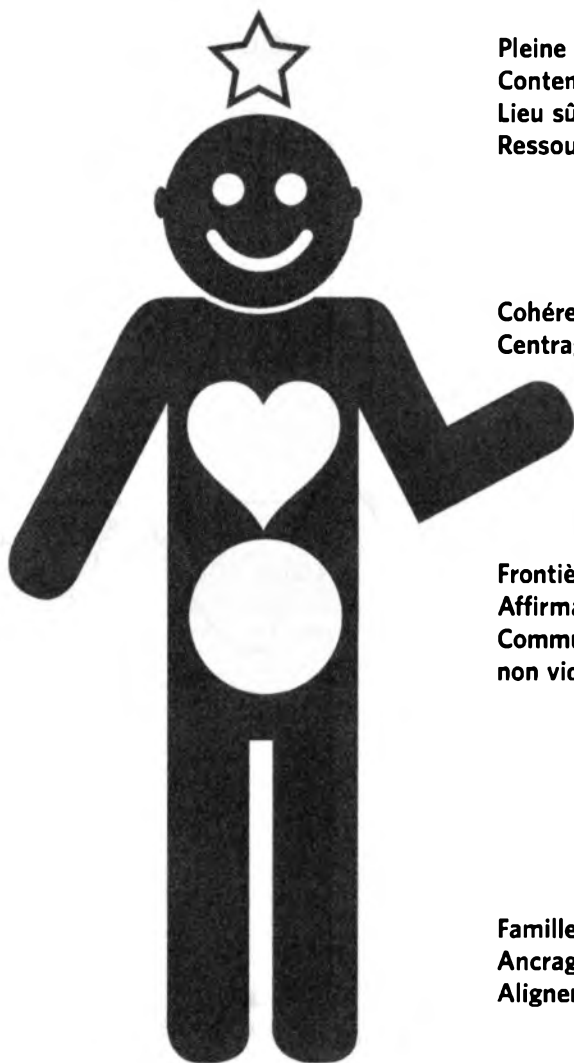
Si besoin, prenez au hasard trois fiches et reconnectez-vous à ces expériences.

Mes ressources personnelles...

Rester dans ma fenêtre de tolérance



Synthèse



**Pleine conscience
Contenant - État sûr
Lieu sûr
Ressources**

**Cohérence cardiaque
Centrage**

**Frontières
Affirmation de soi
Communication
non violente**

**Famille symbolique
Ancrage
Alignement**

Notes et références bibliographiques

Introduction

1. Siegel D., *The Mindful Therapist*, New York, Norton, 2010.

CHAPITRE 1

Comment l'EMDR a bouleversé ma pratique de médecin psychiatre

1. Kurtz R., *Body-Centered Psychotherapy : The Hakomi Method. The Integrated Use of Mindfulness, Nonviolence and the Body*, Mendocino (CA), LifeRhythm, 2007.
2. Jacques Roques a écrit de nombreux ouvrages sur l'EMDR, notamment *L'EMDR*, Paris, PUF, « Que sais-je ? », 2016.
3. Michel Silvestre a coécrit plusieurs ouvrages, dont avec Morris-Smith J., *L'EMDR avec l'enfant et sa famille*, Paris, Dunod, 2015.
4. www.emdr-france.org.
5. Shapiro F., *Manuel d'EMDR*, Paris, Dunod-InterÉditions, 2007.
6. Shapiro F., « Efficacy of the eye movement desensitization procedure in the treatment of traumatic memories », *Journal of Traumatic Stress Studies*, 1989, 2, p. 199-223.
7. Felitti V. J. *et al.*, « Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) study », *Am. J. Prev. Med.*, 1998, 14 (4), p. 245-258 ; voir aussi www.acestudy.org. Van Niel C., « Adverse events in children : Predictors of adult physical and mental conditions », *J. Dev. Behav. Pediatr.*, 2014, 35 (8), p. 549-551.

8. US Department of Health and Human Services, Administration on Children, Youth and Families, *Child Maltreatment 2010*, 2011.
9. McFarlane A. C. *et al.*, « Posttraumatic stress disorder in a general psychiatric inpatient population », *Journal of Traumatic Stress*, 2001, 14, p. 633-645.
10. Shapiro F., *Dépasser le passé. Se libérer des souvenirs traumatisants avec l'EMDR*, Paris, Seuil, 2014.
11. Zito J. M. *et al.*, « Psychotropic practice patterns for youth : A 10-Year perspective », *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 2003, 157, p. 17-25.
12. Whitaker R., *Anatomy of an Epidemic : Magic Bullets, Psychiatric Drugs, and the Astonishing Rise of Mental Illness in America*, Danvers (MA), Crown/Archetype, 2010.
13. Rapport parlementaire, *Le Bon Usage des médicaments psychotropes*, juin 2006.
14. Carlat D., *Unhinged : The Trouble With Psychiatry. A Doctor's Revelations About a Profession in Crisis*, New York, Free Press, 2010.
15. Les prénoms et éléments possiblement identifiants ont été bien sûr modifiés.
16. Winnicott D., *Jeu et réalité*, Paris, Gallimard, 1975.
17. Anzieu D., *Le Corps de l'œuvre. Essais psychanalytiques sur le travail créateur*, Paris, Gallimard, 1981.

CHAPITRE 2

Le cerveau, comment ça marche ?

Quelques données de base

1. Un résumé en est donné à la fin, pour celles et ceux qui préfèrent se contenter de données générales. Les passionnés pourront trouver en annexe quelques informations supplémentaires pour aller plus loin.
2. Ansermet F., Magistretti P., *À chacun son cerveau. Plasticité neuronale et inconscient*, Paris, Odile Jacob, 2011.
3. https://fr.wikipedia.org/wiki/Substance_blanche.
4. Pascualueno A., Torres F., « Plasticity of the sensorimotor cortex representation of the reading finger in braille readers », *Brain*, 1993, 116, p. 39-52.
5. Maguire E. A. *et al.*, « Navigation-related structural change in the hippocampi of taxi drivers », *PNAS*, 2000, 97, p. 4398-4403.
6. Mandelstam O., *La Pierre*, 1913.
7. Schore A., *La Régulation affective et la réparation de soi*, Montréal, Les Éditions du CIG, 2013.
8. Van der Kolk B., *The Body Keeps the Score : Brain, Mind and Body in the Healing of Trauma*, New York, Viking Penguin, 2014.
9. Siegel D., *The Mindful Therapist*, *op. cit.*
10. Stickgold R., « Of sleep, memories and trauma », *Nature Neuroscience*, 2007, 10 (5), p. 540-542.
11. Damasio A., *Le Sentiment même de soi*, Paris, Odile Jacob, 1999.
12. Stern D., *Le Monde interpersonnel du nourrisson*, Paris, PUF, 1985.

13. Schore A., *The Most Important Years of Life : Our Beginning*, conférence à Oslo en septembre 2014, visible sur <https://www.youtube.com/watch?v=KW-S4cyEFCc>.
14. Même si d'autres figures d'attachement sont possibles et si les enfants ont de merveilleuses capacités d'adaptation et de résilience, la mère a des compétences essentielles que je détaille en annexe (voir aussi Schore ci-dessus).
15. Damasio A., *Le Sentiment même de soi*, Paris, Odile Jacob, 1999.
16. Stern D., *Le Moment présent en psychothérapie*, Paris, Odile Jacob, 2003.
17. Van der Kolk B., *The Body Keeps the Score : Mind, Brain and Body in the Transformation of Trauma*, Londres, Penguin, 2015.
18. Delage M., *La Vie des émotions et l'attachement dans la famille*, Paris, Odile Jacob, 2013.
19. Winnicott D., *Jeu et réalité*, op. cit.
20. Fonagy P., Gergely G., et al., *Affect Regulation, Mentalization, and the Development of the Self*, New York, Other Press, 2002.
21. Gueguen C., *Pour une enfance heureuse : repenser l'éducation à la lumière des dernières découvertes sur le cerveau*, Paris, Pocket, 2014.
22. Delage M., « Attachement et systèmes familiaux », *Thérapie familiale*, 2007, 28, p. 391-414.
23. Le Camus J., *Le Vrai Rôle du père*, Paris, Odile Jacob, 2000.
24. Liotti G., « Attachment disorganization and the clinical dialogue : Theme and variations », in Solomon J., George C. (dir.), *Disorganized Attachment and Caregiving*, New York, The Guilford Press, 2011, p. 383-413.
25. Notons que certains jeux impliquent fortement la défense du territoire (par exemple le rugby, des jeux de stratégie).

CHAPITRE 3

L'impact des événements traumatiques

1. Porges S., *The Polyvagal Theory : Neurophysiological Foundations of Emotions, Attachment, Communication, and Self-regulation*, New York, Norton, 2013.
2. LeDoux J., *Le Cerveau des émotions. Les mystérieux fondements de notre vie émotionnelle*, Paris, Odile Jacob, 2005.
3. Frewen P. et al., « Latent profile analysis and principal axis factoring of the DSM-5 dissociative subtype », *European Journal of Psychotraumatology*, 2015, 6.
4. Dutra L. et al., « Quality of early care and childhood trauma : A prospective study of developmental pathways to dissociation », *J. Nervous and Mental Diseases*, 2009, 197, p. 383-390.
5. Van der Hart O., Nijenhuis E., Steele K., *Le Soi hanté. Dissociation structurelle et traitement de la traumatisation chronique*, Bruxelles, De Boeck, 2010.
6. Moskowitz A., *Psychosis, Trauma and Dissociation : Emerging Perspectives on Severe Psychopathology*, Hoboken (NJ), Wiley, 2008.

7. Reinders A. *et al.*, « Opposite brain emotion-regulation patterns in identity states of dissociative identity disorder : A PET study and neurobiological model », *Psychiatry Research*, 2014, 223, p. 230-243.
8. Van Derbur M., *Miss America by Day : Lessons Learned from Ultimate Betrayals and Unconditional Love*, Denver (CO), Oak Hill Ridge Press, 2003.
9. Louboff F., *J'aimerais tant tourner la page. Guérir des abus sexuels subis dans l'enfance*, Paris, Les Arènes, 2008.

CHAPITRE 4

Guérir avec l'EMDR

1. Kurtz R., *Body-Centered Psychotherapy*, *op. cit.*
2. Je n'indique que la référence la plus récente à ce jour : Chen Y. R. *et al.*, « Efficacy of eye-movement desensitization and reprocessing for patients with posttraumatic-stress disorder : A meta-analysis of randomized controlled trials », *PLOS One*, 2014, 9 (8), e103676.
3. OMS (Organisation mondiale de la santé), *Évaluation et prise en charge des affections spécifiquement liées au stress*, 2013, http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112734/1/9789242505931_fre.pdf.
4. Inserm, *Psychothérapie : trois approches évaluées*, 2004, <http://www.ipubli.inserm.fr/handle/10608/57>.
5. HAS, *Affections psychiatriques de longue durée : troubles anxieux graves*, 2007, http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/guide_medicin_troubles_anxieux.pdf.
6. OMS, *Évaluation et prise en charge des affections spécifiquement liées au stress*, *op. cit.*
7. Ansermet F., Magistretti P., *À chacun son cerveau*, *op. cit.*
8. Morris-Smith J., Silvestre M., *L'EMDR avec l'enfant et sa famille*, *op. cit.*
9. Je me suis référé aux synthèses de : Bergmann U., « Les mécanismes d'action neurobiologiques de l'EMDR : un aperçu de 20 ans de recherches », *Journal of EMDR Practice and Research*, 2011, 5 (2), p. 23-45 ; Pagani M. *et al.*, « Corrélatés de la thérapie EMDR en neuro-imagerie fonctionnelle et structurale : un résumé critique des résultats récents », *Journal of EMDR Practice and Research*, 2014, 8 (2), p. 29-40.
10. Bossini L., Fagiolini A., Castrogiovanni P., « Neuroanatomical changes after EMDR in posttraumatic stress disorder », *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neuroscience*, 2007, 19, p. 457-458.
11. Bossini L. *et al.*, « Evaluation study of clinical and neurobiological efficacy of EMDR in patients suffering from post-traumatic stress disorder », *Rivista di psichiatria*, 2012, 47 (suppl. 2), p. 12-15.
12. Stickgold R., « EMDR : A putative neurobiological mechanism of action », *Journal of Clinical Psychology*, 2002, 58, p. 61-75.
13. Elle a écrit un chapitre du livre de Shapiro R., *EMDR solutions* 2, New York, Norton, 2009.

14. Patient S., décrite par Damasio A., *Le Sentiment même de soi*, op. cit., p. 87-91.
15. Porges S., *The Polyvagal Theory*, op. cit.
16. Louboff F., *J'aimerais tant tourner la page*, op. cit.

CHAPITRE 5

Les nouvelles approches thérapeutiques qui retraitent les souvenirs traumatiques

1. Ogden P. et al., *Le Corps et le Trauma*, Bruxelles, De Boeck, 2015.
2. Janet P., *La Médecine psychologique*, Paris, L'Harmattan, réédition 2005.
3. Ogden P., Fisher J., *Sensorimotor Psychotherapy : Interventions for Trauma and Attachment*, New York, Norton, 2015. Les stratégies de caractère sont le mode habituel de coordination des systèmes d'action dans les relations, qui a été appris dans l'enfance, pour maximiser l'accès aux ressources et minimiser les dangers dans les liens d'attachement.
4. Levine P., *Réveiller le tigre-guérir le traumatisme*, Charleroi, Socrate éditions Promarex, 2004.
5. Les animaux domestiques comme les chiens et les chevaux peuvent, contrairement aux animaux sauvages semble-t-il, faire un syndrome de stress post-traumatique et bénéficier de l'EMDR (avec du *tapping* alterné).
6. Grand D., Vinet O., *La Thérapie brainspotting. Pour vous libérer de vos traumatismes et somatisations*, Paris, Trédaniel, 2015.
7. Erickson M. H., *Collected Papers*, tome 3, New York, Irvington Publishers, 1980, p. 207.
8. Roustang F., *La Fin de la plainte*, Paris, Odile Jacob, 2000, p. 60-61.
9. Dellucci H., « Les neurones miroirs : une nouvelle clé pour comprendre des traumatismes transmis ? », *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 2009, 43 (2), p. 197-216.
10. Fraiberg S., *Fantômes dans la chambre d'enfants. Évaluation et thérapie des perturbations de la santé mentale du nourrisson*, Paris, PUF, 2012.
11. Bowers M. E., Yehuda R., « Intergenerational transmission of stress in humans », *Neuropsychopharmacology*, 2016, 41 (1), p. 232-244 ; Anacker C., O'Donnel K. J., Meaney M. J., « Early life adversity and the epigenetic programming of HPA function », *Dialogues Clin. Neuroscience*, 2014, 16 (3), p. 321-333 ; un résumé plus simple et en français sur : www.douglas.qc.ca/info/epigenetique.
12. Van der Hart O., Nijenhuis E., Steele K., *Le Soi hanté*, op. cit.
13. Boon S., Steele K., Van der Hart O., *Gérer la dissociation d'origine traumatique. Exercices pratiques pour patients et thérapeutes*, Bruxelles, De Boeck, 2014.
14. Liotti G., « Attachment and dissociation », in Dell P., O'Neil J., *Dissociation and Dissociative Disorders*, Londres, Routledge, 2009.
15. Schwartz R., *Système familial intérieur. Blessures et guérison*, Paris, Elsevier, 2009.

16. Jung K. G., « Analytic psychology : Its theory and practice », *The Tavistock Lectures* (1935), Londres, Routledge, 1968.
17. Csikszentmihalyi M., *Flow : The Psychology of Optimal Experience*, New York, Harper and Row, 1990.
18. Hadot P., *Qu'est-ce que la philosophie antique ?*, Paris, Gallimard, 1995.
19. Évangile de Matthieu, 18, 3.
20. Knipe J., *EMDR Toolbox : Theory and Treatment of Complex PTSD and Dissociation*, New York, Springer, 2014.
21. Lyons-Ruth K., « The two-person construction of defenses : Disorganized attachment strategies, unintegrated mental states, and hostile/helpless relational processes », *J. Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy*, 2003, 2, p. 105.
22. Van der Kolk B., *The Body Keeps the Score : Mind, Brain and Body in the Transformation of Trauma*, op. cit.
23. Parnell L., *Attachment-Focused EMDR : Healing Relational Trauma*, New York, Norton, 2013.
24. Schmidt S. J., *The Developmental Needs Meeting Strategy (DNMS) : An Ego State Therapy for Healing Adults with Childhood Trauma and Attachment Wounds*, San Antonio (TX), DNMS Institute, 2009.
25. Neff K. D. et al., « An examination of self-compassion in relation to positive psychological functioning and personality traits », *Journal of Research in Personality*, 2007, 41, p. 908-916. Voir en français Neff K. D., *S'aimer : comment se réconcilier avec soi-même*, Paris, Belfond, 2013.
26. Baudiquey P., *Rembrandt, le retour du prodigue*, DVD, Lyon, Ame, 2014.

CHAPITRE 6

Renforcer ses ressources et réguler ses émotions : tout ce que vous pouvez faire pour vous-même

1. Ignace de Loyola, *Exercices spirituels*, Paris, Desclée de Brouwer, 1986.
2. D'après Ericsson B., Isebaert L. et Dolan Y.
3. Boorstin J., *Les Découvreurs*, Paris, Robert Laffont, 1990.
4. Segal Z. V., Williams J. M. G., Teasdale J. D., *La Thérapie cognitive basée sur la pleine conscience pour la dépression*, Bruxelles, De Boeck, 2006.
5. <http://prisonmindfulness.org/>.
6. André C., *Méditer, jour après jour*, Paris, L'iconoclaste, 2011.
7. Crescentini C. et al., « Mindfulness meditation and explicit and implicit indicators of personality and self-concept changes », *Front. Psychol.*, 2015, 6, p. 44. Et une très bonne revue chez Ricard M., *Plaidoyer pour l'altruisme*, chapitre 21 : « L'entraînement de l'esprit : ce qu'en disent les sciences cognitives », Paris, NiL éditions, 2013.
8. Snel E., *Calme et attentif comme une grenouille*, Paris, Les Arènes, 2012.
9. Snel E., *Respirez*, Paris, Les Arènes, 2015 ; Siaud-Facchin J., *Tout est là, juste là. Méditation de pleine conscience pour les enfants et les ados aussi*, Paris, Odile Jacob, 2014.

10. Dekker J. M. *et al.*, « Heart rate variability from short electrocardiographic recordings predicts mortality from all causes in middle-aged and elderly men. The Zutphen study », *American Journal of Epidemiology*, 1997, 145 (10), p. 899-908.
11. Bradley R. T., « Emotion self-regulation, psychophysiological coherence, and test anxiety : Results from an experiment using electrophysiological measures », *Appl. Psychophysiol Biofeedback*, 2010, 35 (4), p. 261-283.
12. Revue par McCraty R., *Enhancing emotional, social and academic learning with heart rhythm coherence feedback*, Boulder Creek (CA), Heartmath Research Center, 2005.
13. O'Hare D., 3.6.5. *Le Guide simple de la cohérence cardiaque pour tous les jours*, Vergèze, Thierry Souccar éditions, 2012.
14. Tononi G., *Phi, a Voyage from the Brain to the Soul*, New York, Pantheon Books, 2012.
15. Rosenberg M. B., *Les mots sont des fenêtres (ou bien ce sont des murs)*, Paris, La Découverte, 1999.
16. www.cnvformations.fr.
17. Fanget F., *Oser. Thérapie de la confiance en soi*, Paris, Odile Jacob poche, 2006.
18. Dellucci H., Bertrand C., « Le collage de la famille symbolique et approche narrative », *Thérapie familiale*, 2012, 33, p. 337-355.
19. Emmons R., *Merci !*, Paris, Belfond, 2008.
20. Adaptées d'après Hendrick S., Isebaert L., *Un modèle de thérapie brève systémique*, Toulouse, Érès, 2007.
21. Danner D. D. *et al.*, « Positive emotions in early life and longevity : Findings from the nun study », *J. Pers. Soc. Psychol.*, 2001, 80 (5), p. 804-813.

CHAPITRE 7

Prenons soin de nous et de notre maison commune

1. Fosha D., Siegel D., Solomon M., *The Healing Power of Emotion*, New York, Norton, 2009.
2. Les aliments qui en contiennent sont repérés par le label bleu-blanc-cœur.
3. Lopresti A. L. *et al.*, « A review of lifestyle factors that contribute to important pathways associated with major depression : diet, sleep, and exercise », *J. Affective Disorders*, 2013, 148, p. 12-27.
4. Maes M. *et al.*, « A review on the oxidative and nitrosative stress pathways in major depression and their possible contribution to the neurodegenerative process in that illness », *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 2011, 35, p. 676-692.
5. Bowman G. L. *et al.*, « Nutrient biomarker patterns, cognitive function, and MRI measures of brain aging », *Neurology*, 2012, 78, p. 241-249 : chez 104 personnes de 87 ans en moyenne, les scores psychométriques et le volume cérébral sont positivement corrélés aux taux plasmatiques de vitamines C, D, E, B1, B2, B6, folates, B12 et d'acides gras omega-3 ; les sujets dont l'alimentation était riche en acides gras trans avaient plus d'atrophie cérébrale.

6. Ninomiya T., Ozawa M., « Régimes alimentaires japonais et risque de démence », *Alzheimer actualités*, 2015, 240, p. 6-10.
7. <http://www.intelligent-nutrition.com/>.
8. Coudron O., Moreau G., *Mangez, votre santé va changer ! La nutrition raisonnée en 7 couleurs, en 4 saisons et en 70 recettes*, Bruxelles, Racine, 2011.
9. <http://www.pourbienvieillir.fr/les-bienfaits-dune-alimentation-equilibree>.
10. Vetraino J., « Climat et alimentation : mettre les pieds dans le plat », *Projet*, 2015, 349, p. 80-87.
11. André C., « La sérénité, ça s'apprend », conférence à la MAIF, <https://www.youtube.com/watch?v=eOZmORZcKHI>.
12. Bach J.-F., Houdé O., Léna P., Tisseron S., *L'Enfant et les écrans. Avis de l'Académie des sciences*, janvier 2013, <http://www.academie-sciences.fr/pdf/rapport/avis0113.pdf>. Desmurget M., *TV lobotomie*, Paris, Max Milo, 2011.
13. Winterstein P. *et al.*, « Medienkonsum und Passivrauchen bei Vorschulkinder. Risikofaktoren für die kognitive Entwicklung ? », *Der Kinder- und Jugendarzt*, 2006, 37, p. 205-211 ; étude sur 2 000 enfants, rapportée par Michel Desmurget ; les dessins ne sont pas des cas extrêmes, mais sont représentatifs pour chaque groupe d'enfants.
14. Guéguen N., *100 petites expériences de psychologie du consommateur pour mieux comprendre comment on vous influence*, Paris, Dunod, 2005.
15. Bach J.-F., Houdé O., Léna P., Tisseron S., *L'Enfant et les écrans, op. cit.*, p. 68.
16. American Academy of Pediatrics, « Policy statement : Media violence », *Pediatrics*, 2009, 124 (5), p. 1495-1503.
17. Bronner G., *La Démocratie des crédules*, Paris, PUF, 2013.
18. Klein N., *Tout peut changer : capitalisme et changement climatique*, Arles, Actes Sud, 2015.
19. Christakis D. A. *et al.*, « Modifying media content for preschool children : A randomized controlled trial », *Pediatrics*, 2013, 131 (3), p. 431-438.
20. Cooney G. M. *et al.*, « Exercise for depression », *Cochrane Database Syst. Review*, 2013, 12 (9).
21. Schoenfeld T. J. *et al.*, « Physical exercise prevents stress-induced activation of granule neurons and enhances local inhibitory mechanisms in the dentate gyrus », *J. Neuroscience*, 2013, 33 (18), p. 7770-7777.
22. Buchmann A. *et al.*, « Total daily physical activity and the risk of AD and cognitive decline in older adults », *Neurology*, 2012, 78, p. 1323-1329 : étude chez 716 sujets âgés dont l'activité physique est mesurée par actigraphie, un niveau élevé d'exercice physique est associé à une réduction du risque de maladie d'Alzheimer.
23. Arem H. *et al.*, « Leisure time physical activity and mortality : A detailed pooled analysis of the dose-response relationship », *JAMA Intern. Med.*, 2015, (175) 6, p. 959-967.
24. Rabhi P., « Le superflu est sans limites alors qu'on n'assure pas l'indispensable », entretien avec Barnabé Binctin pour *Reporterre*, 29 décembre 2013, <http://www.reporterre.net/Pierre-Rabhi-Le-superflu-est-sans>.
25. Egger M. M., *Soigner l'esprit, guérir la Terre. Introduction à l'écopsychologie*, Genève, Labor et Fides, 2015.

26. Unicef, *Le Bien-être des enfants dans les pays riches*, 2013, <https://www.unicef.fr/article/bien-etre-des-enfants-dans-les-pays-riches-des-progres-en-peril>.
27. Silver K. L., Singer P. A., « A focus on child development », *Science*, 2014, 345 (6193), p. 121.
28. Schore A., *The Most Important Years of Life : Our beginning*, *op. cit.*
29. <http://www.coe.int/fr/web/children/repository-of-good-practices>.
30. Siegel D., Payne Brison T., *Le Cerveau de votre enfant*, Paris, Les Arènes, 2015.
31. Dans chaque département, les REAAP (Réseaux d'écoute, d'appui et d'accompagnement des parents) ont pour objectif de mettre en réseau les acteurs qui soutiennent les parents dans leur rôle éducatif.
32. <http://www.accorderie.fr>.
33. Tremblay R. E., *Prévenir la violence dès la petite enfance*, Paris, Odile Jacob, 2008.
34. Olds D. *et al.*, « Improving the nurse-family partnership in community practice », *Pediatrics*, 2013, 132 (2), p. 110-117.
35. Saïas T. *et al.*, « Supporting families in challenging contexts : the CAPEDP project », *Glob. Health Prom.*, 2013, 20 (2 suppl), p. 66-70.
36. Delage M., *La Vie des émotions et l'attachement dans la famille*, Paris, Odile Jacob, 2013.
37. Rabouam C., « Garde non parentale des enfants (crèche ou nourrice) : séparation et nouveaux liens d'attachement », in Guedeney N. *et al.*, *L'Attachement : approche clinique*, Paris, Masson, 2010.
38. « Les cliniques de fertilité aux États-Unis : difficile de concilier éthique et "business" », <http://www.france-science.org/Les-cliniques-de-fertilite-aux-USA.html>.
39. Testart J., *Faire des enfants demain*, Paris, Seuil, 2014.
40. Escudéro A., *La Reproduction artificielle de l'humain*, Grenoble, Le monde à l'envers, 2014.
41. Bès G. *et al.*, *Nos limites. Pour une écologie intégrale*, Paris, Le centurion, 2014. Signalons en particulier la diminution de la fertilité entre 1940 et 1990 (baisse de 40 % du nombre de spermatozoïdes, voir Carlsen E. *et al.*, « Evidence for decreasing quality of semen during past 50 years », *British Medical Journal*, 1992, 305, p. 609-613) ; elle est due aux produits chimiques perturbateurs endocriniens que nous avons largement déversés dans l'environnement à partir de cette période (en particulier pesticides et plastiques, comme les bisphénols A et les phtalates).
42. Lévi-Strauss C., *Le Regard éloigné*, Paris, Plon, 1983.
43. Regnerus M., « How different are the adult children of parents who have same-sex relationships ? Findings from the new family structures study », *Social Science Research*, 2012, 41 (4), p. 752-770.
44. Unicef, *Le Bien-être des enfants dans les pays riches*, rapport 2013 déjà cité.
45. Durlak J. *et al.*, « The impact of enhancing students' social and emotional learning : A meta-analysis of school-based universal interventions », *Child Development*, 2011, 82, p. 405-432.

46. Flook L. *et al.*, « Promoting prosocial behavior and self-regulatory skills in preschool children through a mindfulness-based Kindness Curriculum », *Dev. Psychol.*, 2015, 51 (1), p. 44-51.
47. Kimberly A. *et al.*, « Enhancing cognitive and social-emotional development through a simple-to-administer mindfulness-based school program for elementary school children : A randomized controlled trial », *Dev. Psychol.*, 2015, 51 (1), p. 52-66.
48. Alvarez C., *Les Lois naturelles de l'enfant*, Paris, Les Arènes, 2016.
49. www.celinealvarez.org.
50. www.syn-lab.fr.
51. <http://reseaucolectnature.org>.
52. www.eco-ecole.org.
53. Daniel E., *Le Tour de France des alternatives*, Paris, Seuil, 2014. Voir aussi Manier B., *Un million de révolutions tranquilles*, Paris, Les liens qui libèrent, 2012.
54. D'Allens G., Leclair L., *Les Néo-Paysans*, Paris, Seuil-Reporterre, 2016.
55. Lavelle S., « Transition écologique : quelle révolution ? », *Projet*, 2015, 349, p. 6-13.
56. Waldinger R., *The Good Life*, vidéo accessible à <http://www.tedxbeaconstreet.com/2015-videos>.
57. Père Amédée, Megglé D., *Le Moine et le Psychiatre, entretiens sur le bonheur*, Paris, Bayard, 1995.
58. André C., « Se libérer d'une société aliénante », in André C. *et al.*, *Se changer, changer le monde*, Paris, L'Iconoclaste, 2013.
59. Réseau habitat groupé : www.habitatgroupe.org.
60. André C., *Et n'oublie pas d'être heureux*, Paris, Odile Jacob, 2014.
61. Présenté par Singer T. et Bloom P. dans le documentaire de Gilman S., de Lestrade T., *Vers un monde altruiste ?*, Arte France, 2015.
62. Greene J., « Emotion and cognition in moral judgment : Evidence from neuroimaging », in Changeux J.-P. *et al.*, *Neurobiology of Human Values*, Berlin, Fondation Ipsen-Springer, 2005.
63. www.coexister.fr.
64. www.netforgod.tv.
65. www.dialoguesenhumanite.org.
66. Pinker S., « Et pourtant, la violence baisse... », propos recueillis par Mahler T., *Le Point*, n° 2289, 21 juillet 2016, p. 68-71.
67. Études du centre de recherches sur les catastrophes de l'université du Delaware, citées par Lecomte J., *La Bonté humaine*, Paris, Odile Jacob, 2012.
68. <http://www.emdr-france.org/emdr-france-aide>.
69. <http://hap-france.blogspot.fr>.
70. <http://www.pse.ong>.
71. www.reasie.fr.
72. Jarero I. *et al.*, « EMDR integrative group protocol : A post-disaster trauma intervention for children and adults », *Traumatology*, 2006, 12, p. 121-129.
73. Jarero I., Roque-Lopez S., « L'apport d'un traitement du trauma à composants multiples, fondé sur l'EMDR, à des enfants victimes de traumatismes interpersonnels graves », *Journal of EMDR Practice and Research*, 2013, 7 (4), p. 74-86.

74. Duval G., « Europe : il faut un plan Marshall pour les réfugiés », *AlterEcoPlus.fr*, 2 septembre 2015, <http://www.alterecoplus.fr/chronique/guillaume-duval/europe-il-faut-un-plan-marshall-pour-les-refugies-201509021230-00002009.html>.
75. Barnosky A. D. *et al.*, « Approaching a state shift in Earth's biosphere », *Nature*, 2012, 486 (7401), p. 52-58.
76. OMS, *Maladies non transmissibles*, 2013 : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/fr>.
77. www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/air-pollution-estimates/fr.
78. Boyle C. A. *et al.*, « Trends in the prevalence of developmental disabilities in US children, 1997-2008 », *Pediatrics*, 2011, 127, p. 1034-1042.
79. Project TENDR, « Targeting Environmental Neuro-Developmental Risks. The TENDR consensus statement », *Environ. Health Perspect.*, 2016, 124 (7), doi:10.1289/EHP358. Ils disent notamment : « Le système actuel aux États-Unis pour évaluer les faits scientifiques et prendre des décisions pour la santé au sujet des produits chimiques est fondamentalement cassé. »
80. Stiglitz J., *Le Prix de l'inégalité*, Paris, Les Liens qui libèrent, 2012.
81. Wilkinson R. *et al.*, *The Spirit Level : Why Equality is better for Everyone*, Londres, Bloomsbury Publishing, 2009.
82. La France n'échappe pas à cette tendance puisque les 10 % les plus riches ont accaparé 54 % de l'augmentation des richesses entre 2000 et 2015.
83. Clerc D., in Caillé A., *Les Convivialistes, Éléments d'une politique convivialiste*, Lormont, Le Bord de l'eau, 2016.
84. Rapport Oxfam, « Une économie au service des 1% », *Note d'information d'OXFAM*, 18 janvier 2016, https://www.oxfamfrance.org/sites/default/files/file_attachments/une_economie_au_service_des_1_oxfam_-_vf.pdf.
85. Si on additionne chômage, sous-emploi et les personnes qui ne cherchent pas mais souhaitent travailler, on est passé de 23 à 31 % de la population active entre 2003 et 2015 : source Insee, citée par Timbeau X., « Peur sur le salariat », *Projet*, 2015, 349, p. 39-47.
86. Pape François, *Laudato si*, pt 53 ; cette lettre à « chaque personne qui habite cette planète » a une pertinence extraordinaire et un souffle prophétique !
87. Klein N., *Tout peut changer : capitalisme et changement climatique*, Arles, Actes Sud, 2015.
88. Les populations d'espèces sauvages de vertébrés ont chuté de 58 % entre 1970 et 2012 (*Rapport planète vivante 2016*, du WWF).
89. La biodiversité est un facteur essentiel de résilience des écosystèmes. Gilles Bœuf, président du Muséum national d'histoire naturelle de Paris (*M3*, printemps-été 2015, n° 9), donne l'exemple d'une épidémie de nanisme du riz en 2007 en Inde : il a fallu tester plus de 6 000 variétés de riz pour en trouver une qui résiste au virus, dans une vallée perdue de l'Himalaya.
90. Diamond J., *Effondrement. Comment les sociétés décident de leur disparition ou de leur survie*, Paris, Gallimard, 2006.
91. Le rapport du GIEC montre bien que notre espace de résilience commune est rétréci d'une part par les facteurs de stress biophysiques, et d'autre part par

- les facteurs de stress sociaux : http://www.ipcc.ch/pdf/assessment-report/ar5/wg2/ar5_wgII_spm_fr.pdf.
92. Mohan Munasinghe, vice-président du GIEC et coprix Nobel de la paix avec Al Gore en 2007, signale que la consommation des ménages est responsable de 50 à 75 % des émissions de carbone des pays développés, et propose de nouveaux objectifs du Millénaire pour la consommation, incluant : les économies d'eau et d'énergie, la mobilité et l'habitat durables, une alimentation plus saine et la réduction de l'obésité, une taxation des produits de luxe, un temps de travail réduit, etc. Selon lui, le fait de mettre en œuvre des objectifs ambitieux sur ces questions, en pariant sur la mobilisation d'un grand nombre d'individus et d'entreprises sur le terrain, pourrait être efficace bien plus vite que les classiques politiques « descendantes » des gouvernements, tout en mettant la pression sur les pouvoirs publics pour qu'ils agissent plus rapidement. Munasinghe M. *et al.*, *Consumers, Business and Climate Change*, Manchester, The University of Manchester, 2009.
 93. Hulot N., *Osons*, Paris, Les Liens qui libèrent, 2015.
 94. Due à un manque de sens : Frankl V., *Nos raisons de vivre. À l'école du sens de la vie*, Paris, InterÉditions-Dunod, 2009.
 95. <http://www.demain-lefilm.com>.

Conclusion

1. Cyrulnik B. *et al.*, *Résilience, connaissances de base*, Paris, Odile Jacob, 2012.
2. Kasser T., *The High Price of Materialism*, Cambridge (MA), The MIT Press, 2003.
3. Steffen W. *et al.*, « Sustainability. Planetary boundaries : Guiding human development on a changing planet », *Science*, 2015, 347 (6223), doi:1259855.
4. Fosha D., Siegel D., Solomon M., *The Healing Power of Emotion*, New York, Norton, 2009.
5. Rey O., *Une question de taille*, Paris, Stock, 2014.
6. Kempf H., *Comment les riches détruisent la planète*, Paris, Points essais, 2014. Il reprend la thèse de Veblen : « Toute classe est mue par l'envie et la rivalité avec la classe qui lui est immédiatement supérieure dans l'échelle sociale. »
7. « Mieux comptabiliser le capital naturel est un enjeu central. La dégradation du capital naturel est un risque autrement plus sérieux que tout le reste. Cela est la véritable dette », Piketty T., interview sur <http://www.reporterre.net/La-dette-publique-est-une-blague>.

Annexe

1. Doidge N., *Les Étonnants Pouvoirs de transformation du cerveau*, Paris, Belfond, 2008.
2. Ramachandran V., *Le Cerveau, cet artiste*, Paris, Eyrolles, 2005.
3. Darwin C., *L'Expression des émotions chez l'homme et chez les animaux*, 1872.
4. Decety J., « Une anatomie de l'empathie », *PSN*, 2005, 3 (11), p. 16-24.
5. Rizzolatti G. *et al.*, *Les Neurones miroirs*, Paris, Odile Jacob, 2011.
6. Klimecki O. M. *et al.*, « Differential pattern of functional brain plasticity after compassion and empathy training », *SCAN*, 2014, 9, p. 873-879.
7. Main M., George C., « Responses of young abused and disadvantaged toddlers to distress in agemates », *Developmental Psychology*, 1985, 21 (3), p. 407-412.
8. Anderson C. A. *et al.*, « Violent video game effects on aggression, empathy, and prosocial behavior in eastern and western countries : a meta-analytic review », *Psychol. Bulletin*, 2010, 136 (2), p. 151-173. Cette revue de 136 travaux montre que les jeux vidéo violents augmentent les pensées, émotions et comportements agressifs, et diminuent l'empathie et les comportements prosociaux.
9. Saleem M. *et al.*, « Effects of prosocial, neutral, and violent video games on children's helpful and hurtful behaviors », *Aggress. Behav.*, 2012, 38 (4), p. 281-287.
10. Ces chiffres sont tirés d'une méta-analyse de Bakermans-Kranenburg M. et van Ijzendoorn M.H., « The first 10 000 adult attachment interviews : distributions of adult attachment representations in clinical and non-clinical groups », *Attachment and human development*, 2009, 11, 223-263.
11. Farina B. *et al.*, « Memories of attachment hamper EEG cortical connectivity in dissociative patients », *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neuroscience*, 2014, 264 (5), p. 449-458.
12. Le Camus J., *Le Vrai Rôle du père*, *op. cit.*
13. Grossmann *et al.*, « A new view of attachment and exploration : The influence of mothers and fathers on the development of psychological security from infancy to young childhood », in Cassidy J., *Handbook of Attachment : Theory, Research, and Clinical Applications*, New York, Guilford, 2008, p. 857-879.
14. Schore A., *Affect Regulation and the Repair of the Self*, New York, Norton, 2013.
15. Delage M., *La Vie des émotions et l'attachement dans la famille*, Paris, Odile Jacob, 2013.
16. Gordon I., « Oxytocin and the development of parenting in humans », *Biological Psychiatry*, 2010, 68 (4), p. 377-382.
17. Fivaz-Depeursinge E., « Le bébé et ses parents communient à trois dès la première année de la vie », in Dugnat M. (dir.), *Devenir père, devenir mère*, Toulouse, Érès, 1999.
18. Diamond J., *Le Troisième Chimpanzé*, Paris, Gallimard, « Folio essais », 2011.
19. Voir aussi Hrdy S. B., *Mothers and Others : The Evolutionary Origins of Mutual Understanding*, Cambridge (MA), Harvard University Press, 2011.

20. Crowell J. *et al.*, « Stability of attachment representations, the transition to marriage », *Developmental Psychology*, 2002, 38 (4), p. 467-479.
21. Panksepp J., *Affective Neuroscience*, New York, Oxford University Press, 1998.
22. Cozolino L., *The Neuroscience of Human Relationships : Attachment and the Developing Social Brain*, New York, Norton, 2006.
23. Chalavi S., « Abnormal hippocampal morphology in dissociative identity disorder and post-traumatic stress disorder correlates with childhood trauma and dissociative symptoms », *Human Brain Mapping*, 2015, 36, p. 1692-1704.
24. LeDoux J., « Emotion, memory and the brain », *Scientific American*, 1994, 270 (6), p. 50-57.
25. Barry R. *et al.*, « GXE interaction in the organization of attachment : Mother's responsiveness as a moderator of children's genotype », *J. Child Psychology and Psychiatry*, 2008, 49, p. 1313-1320.
26. Voir les excellentes synthèses de Lecomte J., *La Bonté humaine*, *op. cit.* ; Ricard M., *Plaidoyer pour l'altruisme*, *op. cit.* ; Tomasello M., *Why We Cooperate*, Boston, Boston Review, 2009.
27. Warneken F., Tomasello M., « Extrinsic rewards undermine altruistic tendencies in 20-month-olds », *Dev. Psychol.* 2008, 44 (6), p. 1785-1788.
28. Bischof-Köhler D., « The development of empathy in infants », in Lamb M., Keller M. (dir.), *Infant Development. Perspectives from German-speaking Countries*, Hillsdale, Erlbaum, 1991, p. 245-273.
29. Aknin L. B. *et al.*, « Giving leads to happiness in young children », *PLoS One*, 2012, 7 (6), e39211.
30. Montagner H. *et al.*, *L'Attachement, des liens pour grandir plus libre*, Paris, L'Harmattan, 2003.
31. Batson C. D., *Altruism in Humans*, Oxford, Oxford University Press, 2011.
32. Dunn E. W. *et al.*, « Spending money on others promotes happiness », *Science*, 2008, 319 (5870), p. 1687-1688.
33. Fehr E. *et al.*, « Altruistic punishment in humans », *Nature*, 2002, 415 (6868), p. 137-140.
34. Rand D. *et al.*, « Positive interactions promote public cooperation », *Science*, 2009, 325 (5945), p. 1272-1275.
35. Fowler J. H., Christakis N. A., « Cooperative behavior cascades in human social networks », *PNAS*, 2010, 107 (12), p. 5334-5338.
36. Tomasello M., *Why We Cooperate*, *op. cit.*
37. Candau J., « Pourquoi coopérer », *Terrain*, 2012, 58, p. 4-25.
38. Ostrom E., *Gouvernance des biens communs : pour une nouvelle approche des ressources naturelles*, Bruxelles, De Boeck, 2010.
39. Sherif M., *The Robbers Cave Experiment : Intergroup Conflict and Cooperation*, Wesleyan, 1961, cité par Ricard M., *Plaidoyer pour l'altruisme*, *op. cit.*

Remerciements

- Merci à celles et ceux qui m'ont aidé dans ce travail : en premier lieu Françoise, mon épouse, pour son soutien actif et ses relectures pertinentes ; Laurent, mon frère ; ainsi que Brigitte Cazeaux.
- Merci à mes parents, qui ont toujours cherché à me transmettre le meilleur ; parmi les autres personnes qui m'ont éduqué et accompagné, j'ai une reconnaissance particulière à Gonzague Chatillon, Orlando Bueno, Jean-Claude Ceillier, et Philippe Berger.
- Merci à mes maîtres en médecine, en particulier à ceux et celles qui ont allié rigueur professionnelle et qualités d'humanité : Françoise Duron, Hélène Ollat, Yves Pélicier, Philippe Jeammet, André Féline, Olivier Kerneïs, Patrick Froger.
- Merci à mes formateurs en psychothérapie :
 - David Servan-Schreiber, Martine Iracane, Roger Solomon, Michel Silvestre, Hélène Dellucci, pour l'EMDR ;
 - Kekuni Minton, Ame Cutler, Pat Ogden, Janina Fisher, pour la thérapie sensorimotrice ;
 - David Grand pour le *brainspotting* ;
 - et à mes patients, qui sont mes principaux formateurs !
- Merci aux collègues praticiens EMDR qui se sont impliqués dans la formation au Cambodge : Martine Iracane, Michel Silvestre, Priscilla Buttin, ainsi que les associations PSE (Pour un sourire d'enfant) et REA (Résilience enfants d'Asie, et sa présidente Nicole Weerts).

- Merci à Françoise Keller pour la Communication non violente,
 - à Marie Burdin pour l'aïkido,
 - à Christel Poher-Rousseaux pour le clown.
- Merci à mes confrères et amis du Groupement des psychiatres libéraux en Rhône-Alpes (GPLR), avec qui il est toujours agréable et stimulant d'échanger sur nos pratiques et modèles théoriques différents, tout en nous respectant et soutenant ; en particulier à notre présidente, Agnès Oelsner, et à François Journet, pour sa relecture attentive et bienveillante.
- Merci à mes collègues et amis praticiens EMDR, et en particulier à tous ceux et celles qui me font confiance pour les superviser : j'ai aussi beaucoup appris par eux, et c'est une joie de partager notre enthousiasme !
- Merci aux éditions Odile Jacob, et en particulier à Christophe André, qui a tout de suite soutenu ce projet ; à Caroline Rolland, qui m'a accompagné dans sa réalisation avec une très grande justesse ; et à Odile Jacob, qui a accepté que la brochure de psycho-éducation et le carnet des ressources continuent à être diffusés au bénéfice d'associations à but non lucratif.

Table

Introduction.....	11
CHAPITRE 1 - Comment l'EMDR a bouleversé ma pratique de médecin psychiatre	15
La découverte de l'EMDR	15
Dans quels cas la thérapie EMDR peut-elle être efficace ?	17
Les syndromes de stress post-traumatiques typiques (18) - Les troubles plus complexes et intriqués aux troubles de l'attachement (20)	
La relation du thérapeute et du patient.....	24
CHAPITRE 2 - Le cerveau, comment ça marche ? Quelques données de base.....	27
Micro- et macroanatomie : la chance de la neuroplasticité !.....	28
Le neurone (28) - La neuroplasticité (30) - Vision macroscopique de notre cerveau (31)	
Le cerveau utilise différentes mémoires pour traiter les informations.....	35
La mémoire à court terme (35) - La mémoire à long terme (35) - Deux sortes de mémoire à long terme, aux fonctions bien différentes (38)	
Le développement du sens de soi à travers les relations.....	39
Le soi central et la conscience-noyau (39) - Le soi autobiographique et la conscience étendue (41)	

Le système de l'attachement.....	43
Les différents styles d'attachement (43) - Ce qu'il faut pour développer un attachement sécure (45) - Qu'est-ce qui fait qu'un parent est suffisamment bon ? (45) - L'attachement se construit dans un système familial (47)	
Les systèmes motivationnels.....	48
CHAPITRE 3 - L'impact des événements traumatiques.....	55
Comment le cerveau traite les événements vécus	55
La « fenêtre de tolérance émotionnelle » (55) - Venons-en à la façon dont le cerveau traite les informations traumatiques (60)	
Le syndrome de stress post-traumatique (SSPT) simple.....	62
Le stress post-traumatique complexe, les troubles dissociatifs et leur lien avec les troubles de l'attachement.....	65
Le stress post-traumatique complexe (65) - Les troubles dissociatifs (67) - Ce que la dissociation permet de mieux comprendre (70)	
CHAPITRE 4 - Guérir avec l'EMDR	77
L'EMDR.....	77
Sa validation scientifique (77) - En quoi consiste l'EMDR ? (78) - La thérapie se déroule en plusieurs phases (80) - La relation thérapeutique (100)	
Comment ça marche ? Les mécanismes d'action au niveau cérébral et le modèle du traitement adaptatif de l'information.....	102
Ce que montrent les données d'imagerie cérébrale de personnes ayant un syndrome de stress post-traumatique (102) - Les changements observés après une ou plusieurs séances d'EMDR (103) - Comment l'EMDR agit (104)	
Le retraitement des empreintes précoces.....	105
La question du souvenir source (105) - Le travail sur les émotions (106) - Le retraitement des empreintes précoces (111) - La question de la réalité des souvenirs (114) - Le retraitement des empreintes précoces est particulièrement adapté aux enfants adoptés (116)	
CHAPITRE 5 - Les nouvelles approches thérapeutiques qui retraitent les souvenirs traumatiques.....	119
La thérapie sensorimotrice	119
Le <i>somatic experiencing</i>	125
Le <i>brainspotting</i>	127
Quels sont les liens avec l'hypnose ?	129

La transmission transgénérationnelle du traumatisme.....	131
La thérapie des troubles dissociatifs.....	133
La phase de stabilisation intègre plusieurs objectifs (134) - La phase de travail sur les traumas (139) - La phase d'intégration (140)	
Le système familial intérieur.....	141
Une perspective transversale, la notion de reparentage : guérir l'enfant intérieur	144
 CHAPITRE 6 – Renforcer ses ressources et réguler ses émotions : tout ce que vous pouvez faire pour vous-même	
La perspective systémique est indispensable.....	153
La check-list des ressources	153
Les ressources matérielles (154) - Les ressources corporelles (155) - Les ressources émotionnelles (155) - Les ressources intellectuelles (155) - Les ressources créatives (155) - Les ressources naturelles (156) - Les ressources relationnelles (156) - Les ressources spirituelles (156)	
Comment installer une ressource intérieure	157
Ancrage et alignement.....	158
Orientation dans le présent et 5-4-3-2-1.....	160
Le contenant et l'état sûr.....	161
Pleine conscience ou <i>mindfulness</i>	163
Le lieu sûr.....	166
Respiration et cohérence cardiaque	168
Prendre soin de mon sommeil	171
Renforcer mes frontières.....	174
Développer une communication non violente (CNV)	175
Apprendre à m'affirmer de façon juste.....	178
La famille symbolique.....	180
Le faisceau lumineux	182
Me préparer à un défi.....	182
Cultiver la gratitude	183
Rester dans ma fenêtre de tolérance.....	185

CHAPITRE 7 – Prenons soin de nous et de notre maison commune.....	187
Prenons soin de notre corps et de notre cerveau.....	188
Une bonne alimentation (188) – Les images virtuelles et nos choix d'informations (189) – Les bienfaits de l'exercice physique (192) – Comment gagner en liberté intérieure pour faire les bons choix ? (193)	
Prenons soin des liens qui nous font vivre heureux.....	194
La famille et les liens d'attachement (194) – L'école et l'éducation (200) – Rythmes de vie et relation au travail (203) – Nous avons besoin de recentrage et d'enracinement, de moins de biens et de plus de liens (204)	
Prenons soin de notre « vivre ensemble », élargissons le cercle du « nous »	205
Développer des engagements locaux coopératifs (205) – Dialoguer avec d'autres pour élargir le cercle du « nous » et construire la paix (207) – L'EMDR pour rompre le cycle de la violence et pour travailler en faveur de la paix : un exemple de programme humanitaire (209)	
Prenons soin de notre maison commune.....	212
Les principaux problèmes de santé actuels sont liés à nos modes de vie et à des facteurs d'environnement (212) – Les inégalités sociales s'accroissent, tant entre les pays qu'à l'intérieur de chaque pays (213) – Les altérations de notre écosystème s'aggravent (214) – Le changement de paradigme est essentiel, mais difficile (215)	
Conclusion	217
Annexe : Pour aller plus loin sur le cerveau	225
Quelques exemples de neuroplasticité.....	225
Les neurones miroirs et l'empathie	226
Quelques données complémentaires sur l'attachement.....	229
Évaluation du style d'attachement des adultes (229) – L'attachement spécifique au père (231) – La notion de système familial (232) – Évolution de l'attachement au cours de la vie (234) – Les mécanismes cérébraux de l'attachement et du don de soin (235)	
Altruisme et coopération nous motivent dès le plus jeune âge	237
Les études chez les nourrissons (237) – Les recherches chez les adultes (238)	
Le carnet des ressources.....	243
Notes et références bibliographiques.....	269
Remerciements.....	283

Ouvrage proposé par Christophe André