

Dawson Church, PhD, CEHP

Le Traumatisme psychologique

Traiter ses racines dans le
cerveau, le corps et
la mémoire pour en guérir

Une traduction exclusive **quantum**
SAUTEZ LE PAS **way**

LE TRAUMATISME PSYCHOLOGIQUE :
Traiter ses racines dans le cerveau, le
corps et la mémoire pour en guérir

Dawson Church, PhD

Publié par Energy Psychology Press
3340FultonRd., #442, Fulton, CA95439
www.energypsychologypress.com

ISBN978-1-60415-256-2#

©2015EnergyPsychology Press

Cette publication montre les mécanismes d'un outil impressionnant d'amélioration sur le plan personnel. Il ne saurait se substituer à une formation en psychologie ou en psychothérapie. Dans les présentes, rien n'est destiné à remplacer l'avis d'un médecin qualifié. L'auteur invite le lecteur à employer ces techniques sous la supervision d'un thérapeute ou d'un médecin qualifié. L'auteur et l'éditeur déclinent toute responsabilité quant à la façon dont le lecteur pourra choisir d'appliquer les techniques dans ce livre.

Tous les droits sont réservés. Nulle partie de la présente publication ne peut être reproduite, enregistrée en mémoire dans un système de recherche, ou transmise sous quelque forme que ce soit ou par quelque moyen électronique ou mécanique que ce soit, par photocopie, enregistrement ou autre, sans avoir au préalable obtenu l'autorisation écrite d'Energy Psychology Press, à l'exception de courts extraits utilisés en faisant mention de l'éditeur et de l'auteur.

Première édition

Note importante : Si les protocoles EFT (en anglais Emotional Freedom Techniques, soit techniques de libération émotionnelle) ont déjà remporté des résultats cliniques remarquables, ils en restent néanmoins au stade expérimental. Par conséquent, s'ils y recourent, les praticiens et le public doivent en assumer l'entière responsabilité. De surcroît, n'étant pas un professionnel de la santé agréé, Dawson Church ne propose les informations contenues dans la présente publication qu'en sa qualité de coach de vie. Nous mettons donc fortement les lecteurs en garde et leur conseillons de consulter un médecin, un psychologue, un psychiatre ou un autre professionnel de la santé qualifié avant d'appliquer les informations contenues dans la présente publication. Ces informations proviennent de sources considérées comme étant exactes et fiables. Si nous avons fourni tous les efforts raisonnables pour reproduire ces informations de façon aussi exhaustive et exacte que possible, une telle exhaustivité et une telle exactitude ne sont pas garanties, ni ne peuvent l'être.

Les auteurs, l'éditeur et les collaborateurs de cette publication, ainsi que leurs successeurs, ayants droit, porteurs de licences, employés, dirigeants, administrateurs, mandataires, agents et autres parties connexes (a) ne déclarent ni ne garantissent que ces informations se traduiront, en tout ou en partie, par des résultats médicaux, psychologiques, physiques ou émotionnels particuliers ; (b) ne sont pas engagés dans la prestation de conseils ou de services médicaux, psychologiques, ou autres ; (c) n'offrent ni diagnostic, ni soins, ni traitement, ni prestations de rééducation aux individus ; et (d) ne partagent pas nécessairement les vues et opinions exprimées dans les présentes.

Ces informations n'ont été ni évaluées ni testées par la Food and Drug Administration (organisme gouvernemental des États-Unis qui régit la fabrication et l'innocuité des produits alimentaires et pharmaceutiques) ou tout organisme similaire d'un autre pays, et ne visent pas à diagnostiquer, traiter, prévenir, atténuer ou guérir un trouble ou une maladie. Les risques susceptibles d'être déterminés par ce genre d'essais ne sont pas connus. Si le lecteur achète des prestations ou des produits suite à la lecture de ces informations, le lecteur ou l'utilisateur reconnaît l'avoir fait sur consentement éclairé. Ces informations sont offertes « en l'état », sans garantie quelconque, expresse ou implicite, qu'il s'agisse de garantie quant à son utilisation, sa qualité marchande, son adéquation par rapport à un usage particulier, ou autre.

Les auteurs, l'éditeur et les collaborateurs de la présente publication, ainsi que leurs successeurs, ayants droit, porteurs de licences, employés, dirigeants, administrateurs, mandataires, agents et autres parties connexes (a) déclinent expressément toute responsabilité quant aux pertes ou dommages, y compris mais sans s'y limiter quant à l'emploi de ces informations, et ne doivent pas en être tenus responsables ; (b) ne doivent pas être tenus responsables des dommages ni prendre en charge de frais compensatoires, directs ou indirects spéciaux, accessoires, ou consécutifs de quelque nature que ce soit ; (c) déclinent toute responsabilité quant aux actes ou omissions de toute partie, y compris mais sans s'y limiter toute partie mentionnée ou incluse dans les informations ou autres ; (d) n'approuvent aucun document ou aucune information d'une partie visée ou incluse dans les informations ou autre, ni n'y apportent aucunement leur soutien ; et (e) déclinent toute responsabilité quant aux dommages ou frais résultant de toute réclamation. Les limites de garantie des présentes pouvant être limitées par la législation de certains États et/ou dans d'autres juridictions, certaines des limitations qui précèdent peuvent, par conséquent, ne pas s'appliquer aux lecteurs pouvant jouir d'autres droits susceptibles de varier d'un État à l'autre. Si le lecteur ou l'utilisateur est en désaccord avec l'une des conditions qui précèdent, celui-ci ne devra ni utiliser ni lire les informations contenues dans cette publication. Tout lecteur poursuivant la lecture de cette publication sera réputé avoir accepté les dispositions de la présente mise en garde.

Veillez consulter des praticiens de la santé qualifiés concernant l'utilisation de tout protocole EFT.

Sommaire

À propos de Dawson Church	7
Le traumatisme psychologique envahissant.....	9
Attachement : sécure ou désorganisé	12
Les effets à long terme de l'attachement désorganisé.....	15
Tout cela signifie-t-il que le manque d'attention parentale m'a traumatisé(e)?	16
Le traumatisme relève autant du physique que du psychisme	17
Le stress, un trouble à la fois hormonal et neurologique	20
Le corps ne fait pas la différence	22
Détraqué(e) par votre cortex	24
Traumatisme et cerveau.....	25
Remettre le cerveau traumatisé en ligne	30
Toucher l'autre : un parcours polyvagal	32
D'un engrenage vers le bas à un engrenage vers le haut	38
Comment les techniques EFT aident les combattants en service actif.....	41
Un traumatisme de l'enfance non résolu peut se transformer en maladie à l'âge adulte.....	42
La capsule à traumatisme	43
La valeur adaptative de la dissociation	45
Le regard perdu à l'horizon	46
Caresser le chien qui se niche en soi	52

Le TSPT, l'anxiété et la dépression comme déséquilibres chimiques dans le cerveau.....	52
La VA pourrait avoir soulagé le TSPT pour la moitié du coût d'un seul médicament.....	55
Méditer comme un maître	57
Quelles sont les approches vraiment efficaces pour les personnes souffrant de TSPT ?.....	60
Rester dans son corps	62
Réduire les hormones du stress	63
Réguler l'expression des gènes	65
Les mouvements de l'œil relient le cerveau au corps	66
Émotivité excessive chez un enfant atteint de lésions cérébrales	68
Résolution de vertige et souvenir d'accident de voiture.....	69
La reconsolidation et l'extinction des souvenirs	70
La mort au Vietnam : l'histoire de Joe.....	72
Comment l'EFT applique la formule en trois étapes.....	72
Les couches du traumatisme.....	75
L'avenir de la psychologie et de la médecine	94
Récapitulatif	95
Bibliographie	98



À propos de Dawson Church

Titulaire d'un doctorat (PhD), Dawson Church est l'auteur du best-seller primé *Le génie dans vos gènes : médecine épigénétique et nouvelle biologie de l'intention*. Diplômé de la Baylor University (médias de masse) et de la Holos University (stanté intégrative), il est certifié en psychologie énergétique (CEHP # 2016). Il édite la revue à comité de lecture *Energy Psychology* et a publié de nombreuses études de recherche scientifique sur certains troubles tels que les troubles de stress post-traumatique (TSPT), l'anxiété et la dépression (www.EnergyPsychologyJournal.org). Il a financé un projet à but non lucratif pour des anciens combattants souffrant de stress, le but étant de fournir gratuitement des conseils aux anciens combattants de retour de guerre (www.StressProject.org), afin de traiter leurs éventuels symptômes de TSPT. Il fournit des prestations de consultation à des organisations et des équipes, afin de leur montrer comment exploiter la psychologie énergétique pour augmenter la productivité et réduire le stress dans des délais beaucoup plus courts que dans le cadre de thérapies conventionnelles. Il gère EFT Universe, l'un des plus grands sites de médecine alternative sur Internet (www.EFTuniverse.com). On peut télécharger son EFT Mini-Manual gratuitement sur www.DawsonGift.com.

Le Traumatisme psychologique

Le traumatisme psychologique envahissant

Le traumatisme psychologique est très répandu. Si les reportages d'actualités se concentrent sur les niveaux élevés de stress post-traumatique dont témoignent les anciens combattants, le traumatisme est beaucoup plus répandu dans la population civile que l'on ne pourrait le penser. Depuis le début des guerres en Irak et en Afghanistan en 2001, davantage d'Américains ont trouvé la mort aux mains des membres de leur famille qu'au Moyen-Orient. Les femmes sont deux fois plus susceptibles d'être victimes de violence conjugale que du cancer du sein (van der Kolk, 2014, p. 348).

Ce type de violence affecte en grande partie les enfants. Selon un rapport du ministère de la Santé et des Services sociaux des États-Unis, 60% des grands enfants ont été témoins ou la proie de victimisation l'an dernier. Près de la moitié ont été victimes d'agression physique, et 25% ont été témoins de violence domestique ou dans leur collectivité (ministère de la Santé et des Services sociaux des États-Unis, 2012). Deux fois plus d'enfants sont tués par armes à feu que ne meurent du cancer.

L'inceste ou l'abus sexuel d'un enfant par un membre de sa famille était jadis considéré rare. En 1975, une source fiable, le *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, concluait : « L'inceste est extrêmement rare et ne se produit pas dans plus de 1 cas sur 1,1 million de personnes » (Freedman, Kaplan & Sadock, 1975). Cependant, les études récentes estiment à un sur dix le nombre de garçons qui ont été molestés ; pour les filles ce chiffre passe à un sur cinq, le coupable étant souvent un membre de la famille (Gorey & Leslie, 1997).

De toute évidence, une expérience de cette gravité physique et psychologique peut avoir un impact traumatisant. Quelle est donc la ligne de démarcation entre une mauvaise expérience et une expérience traumatisante ? Dans les ateliers EFT cliniques, nous recourons aux quatre critères suivants pour identifier un événement traumatique. Tout événement de ce genre doit :

- être perçu comme une menace à la survie physique de la personne
- inhiber leur capacité à faire face, en leur donnant un sentiment d'impuissance
- produire un sentiment d'isolement, de solitude
- violer leurs attentes

S'il est clair qu'un grave accident de voiture, un viol ou une agression physique peut répondre aux critères qui caractérisent un événement traumatique, de nombreux événements de l'enfance dont on se souvient à peine peuvent aussi avoir contribué à la traumatisation. Pour preuve cette histoire que Martie, psychothérapeute de 45 ans, a racontée à l'occasion d'un atelier EFT:

Quand j'étais enfant, j'idolâtrais mon frère aîné Gary. Mais il était plutôt rosse avec moi. Il avait 6 ans de plus que moi. Un jour, j'avais 3 ans et il en avait 9, il a voulu faire « du catch ». Il « a gagné » en s'allongeant sur moi. Je ne pouvais plus respirer, et je commençais à paniquer. Gary s'est contenté de rire, quand il m'a vu en difficulté. Je me suis presque évanouie. Quand il m'a lâchée, je me mise à pleurer sans pouvoir m'arrêter. Ma mère est venue et j'ai tenté d'expliquer ce qui venait d'arriver. Il lui a dit que ce n'était rien, et m'a traitée de pleurnicharde. Maman m'a alors dit : « Les grandes filles, ça ne pleure pas ».

Cette expérience réunit chacun des quatre critères qui caractérisent un événement traumatisant. Lorsque Gary était sur elle, la petite Martie de 3 ans sentait qu'elle allait mourir. Il s'agissait d'une *menace perçue à sa survie physique*. Elle a essayé de faire face en le repoussant, mais comme il était tellement plus grand qu'elle, elle en a été incapable. Sa *tentative de faire face* étant vaine, elle s'est *sentie impuissante*. Le fait d'avoir été quasiment étouffée par son frère *a violé l'attente* qu'elle avait que d'autres membres de sa famille assurent sa sécurité. Son frère l'a traitée de pleurnicharde et sa mère

apportant son soutien à ce dernier à coup de « les grandes filles, ça ne pleure pas » a déclenché chez elle un *sentiment d'isolement, qui l'a laissée entièrement seule* face à sa peur.

Durant leur enfance, la plupart des gens vivent plusieurs expériences qui répondent à ces critères. Certains d'entre nous en ont connu en grand nombre.

Il suffit parfois d'une expérience négative étonnamment « mineure » pour traumatiser un enfant. Dans une série d'études appelées « expériences du visage impassible », Edward Tronick, psychiatre de Harvard, a examiné l'effet du retrait émotionnel d'un parent sur son enfant (Tronick, Als, Adamson, Sage & Brazelton, 1979 ; Tronick, 1989). Il a demandé aux mères de nourrissons de 6 mois environ de maintenir une expression impassible sur leur visage au lieu d'interagir avec lui.



Figure 1. Les expériences du visage impassible.

Si les mères substituaient, ne serait-ce qu'un court moment, un visage impassible à l'interaction constante des expressions faciales que nous adoptons tous, inconsciemment, mais constamment, pour maintenir le lien avec eux, les nourrissons le remarquaient immédiatement. Lorsque les nourrissons ne recevaient pas de signaux de communication faciale pendant une ou deux minutes, ils devenaient tout d'abord nerveux, puis manifestement perturbés, jusqu'à finir par s'agiter dans tous les sens, mus par un désespoir incontrôlé. La mère n'avait rien fait de mal au nourrisson, mais le simple retrait de ce lien avait suffi à déclencher une détresse émotionnelle intense.

Ce phénomène est loin de n'être qu'émotionnel ; il est également physiologique. Lorsque les émotions des nourrissons sont perturbées, leur corps l'est aussi. « Les nourrissons ne peuvent pas réguler leurs propres

états émotionnels, et encore moins les changements de fréquence cardiaque et de niveaux d'hormones et l'activité du système nerveux qui accompagnent leurs émotions » (van der Kolk, 2014, p. 112).

Chez le nourrisson, cette régulation est entièrement tributaire des signaux que lui donne l'adulte. Le lien d'attachement assure la régularité du rythme cardiaque et la faiblesse du taux des hormones associées au stress. Toute interruption de la connexion qui lie l'enfant aux personnes qui s'occupent de lui se solde par des pointes de production d'hormones du stress et le dérèglement du système nerveux et du rythme cardiaque.

Les travaux de Tronick ont montré que les jeunes enfants battus ou maltraités ne sont pas les seuls à souffrir de traumatismes ; la simple absence de repères émotionnels rassurants d'un gardien peut être traumatisante. Parfois, dans mes ateliers EFT de niveau 1 et 2, on entend ce genre de remarques : « J'ai grandi dans une famille assez normale, j'eus une enfance heureuse. Alors, pourquoi suis-je si perturbé(e) ? » La réponse ? Il suffit parfois d'un court moment de détachement avec la mère ou le père pour perturber un jeune enfant.

Attachement : sécure ou désorganisé

Pendant la Seconde Guerre mondiale, afin d'assurer la sécurité des enfants pendant le Blitz et le déferlement des bombes larguées sur Londres et d'autres grandes villes industrielles, on les envoyait souvent à la campagne, où ils étaient hébergés chez des étrangers ou dans de grandes crèches. John Bowlby, grand psychiatre avant-gardiste, ayant été frappé de constater à quel point les enfants avaient été touchés par la séparation de leurs parents, a commencé à étudier les effets de cette séparation. Bowlby releva également ce phénomène dans d'autres contextes, notamment dans les pensionnats, où l'on envoie souvent les enfants à un âge précoce, et les hôpitaux qui limitent strictement les heures de visite des parents.

Lors d'une visite à Regent Park, à Londres, il remarqua que les enfants en bas âge qui s'écartaient un peu de leur mère, se retournaient néanmoins fréquemment pour s'assurer qu'ils avaient toute son attention. Si l'attention de sa mère était détournée, ne serait-ce que par une amie s'arrêtant pour bavarder avec elle, l'anxiété chez l'enfant montait et il revenait alors vers la mère (van der Kolk, 2014, p. 111). L'attention de la mère offrait à l'enfant « une base de sécurité » pour explorer le monde.

Bowlby nota le même besoin d'attachement que Tronick décrivit par la suite. Il en vint à croire que la séparation se traduisait par le développement d'un grand nombre de comportements dysfonctionnels chez l'enfant, et jeta les fondements de ce qui allait devenir la « théorie de l'attachement ».

Un « attachement sécure » se développe chez les enfants dont les besoins sont pris en charge par les personnes qui s'occupent d'eux. Les nourrissons communiquent leurs angoisses directement et immédiatement lorsqu'ils ressentent des sensations physiques désagréables telles que la faim, la colère, la sensation d'être mouillé et la fatigue. Lorsque leurs pleurs sont entendus et que leurs besoins sont satisfaits, ils associent la communication de leurs besoins à leur satisfaction. Ils apprennent qu'il est sûr et naturel d'être à l'écoute de son corps et conscient de ses propres besoins.



Figure 2. L'attachement sécure

Parfois, lorsque je suis dans un lieu public, par exemple une salle d'attente dans un aéroport ou dans une épicerie, je vois un jeune enfant avec sa mère. J'aime établir un contact visuel avec les nourrissons, et quand je le fais, ils le remarquent instantanément. Nous pouvons échanger quelques sourires. Je vais faire quelques grimaces ou bruits bizarres, et l'enfant peut en rire ou me regarder avec intérêt. Souvent, l'enfant bouge ou fait un geste pour indiquer qu'il voudrait que je refasse une grimace particulièrement amusante. Nous pouvons avoir un long dialogue qui ne nécessite aucun mot, par le regard, le visage et la gestuelle.

Les nourrissons sont parfaitement à l'écoute de ceux qui les entourent, en particulier les quelques adultes avec qui ils forment leur principal lien d'attachement. Ils lisent tous les détails de leur visage et de leur gestuelle, et réagissent en conséquence. Notre capacité à nous mettre au diapason des émotions de ceux qui nous entourent nous a donné, en tant qu'espèce, un avantage évolutionniste. Durant le paléolithique, les nourrissons qui parvenaient le mieux à établir un lien émotionnel avec les personnes qui s'occupaient d'eux avaient plus de chances de survivre aux nombreux dangers de cette ère que les autres. Les nourrissons se synchronisent avec les personnes et l'environnement qui les entourent. Le psychiatre Bessel van der Kolk, dans un brillant ouvrage intitulé *The Body Keeps the Score*, qualifie ce phénomène de « danse de la syntonisation » (van der Kolk, 2014, p. 111).

Chez les enfants qui ne reçoivent pas de soins constants, dont on ne s'occupe pas, ou qui souffrent d'abus, cet attachement sécure ne se développe pas. À la place, ils peuvent devenir anxieux ou développer un attachement ambivalent, le parent dont ils attendent les soins ou l'attention étant indisponible, voire une source de souffrance. Ils ne se syntonisent pas émotionnellement ou physiquement avec ceux qui les entourent, car ils ne savent pas décoder les indices qui nous permettent de créer des liens.

Un « attachement désorganisé » peut se manifester chez les enfants qui sont fréquemment maltraités ou négligés. Ils apprennent que leurs pleurs, supplications et détresse n'aboutissent à rien de positif de la part des personnes qui s'occupent d'eux. Quel que soit le degré de détresse qu'ils présentent en réponse aux signaux physiques et émotionnels que leur envoie leur corps (faim, fatigue, humidité), rien ne suffit à parvenir à la satisfaction de leurs besoins, si le gardien n'est à ce moment-là pas sensible aux besoins du nourrisson.

L'enfant acquiert alors un « apprentissage émotionnel profond » que ses besoins ne comptent pas. Le parent qui, pour le nourrisson, est la source nourricière, est aussi source de souffrance. Pour le nourrisson, le parent est la source de survie, même s'il est victime de sa violence. Selon van der Kolk, « La terreur intensifie le besoin d'attachement, même si la source de réconfort est aussi la source de la terreur » (2014, p. 133).

Quand ils sont punis pour avoir simplement exprimé leurs besoins, les nourrissons commencent à associer leurs besoins avec la souffrance. Ils freinent les impulsions que leur corps leur envoie pour éviter la punition. Souvent, il naît en eux un sentiment d'inadéquation. Quel que soit le degré

de détresse qu'ils expriment, rien ne suffit à mettre fin à l'abus. Ils deviennent impuissants face à l'abus. Cet apprentissage a lieu au niveau du corps, bien avant l'apprentissage de la parole, la capacité à penser consciemment et l'acquisition des structures cérébrales nécessaires à l'interaction cognitive. Ce type d'apprentissage est en cours au niveau des cellules, dans les couches les plus profondes du corps.

Lorsque leurs cris sont entendus et leurs besoins satisfaits, les nourrissons développent un ensemble d'hypothèses sur le monde et certaines attitudes envers l'attention et les soins que leur portent les autres. La première façon dont nous apprenons à nous occuper de nous-mêmes passe par la façon dont les autres s'occupent de nous, et ceci devient le modèle de la manière dont nous appréhenderons le monde par la suite. Au passage à l'âge adulte, les enfants qui auront fait l'objet d'un attachement désorganisé peuvent ne pas savoir comment s'occuper d'eux-mêmes, voire devenir autodestructeurs. Estimant que leurs besoins ne sont pas importants et que leur existence est dénuée de sens, ils sont chroniquement déphasés par rapport à leur corps.

Les effets à long terme de l'attachement désorganisé

Les effets de l'attachement désorganisé chez ces enfants et les leçons dysfonctionnelles qu'ils auront apprises se manifestent à l'âge adulte. Dans une étude longitudinale sur 20 ans portant sur des fillettes qui ont été victimes d'abus sexuels, les effets se sont avérés envahissants (Trickett, Noll & Putnam, 2011). Celles-ci souffraient de niveaux élevés de dépression, d'obésité, de dissociation, de maladie grave, et pratiquaient d'automutilation. Elles devenaient pubères en moyenne 18 mois plus tôt que les filles non maltraitées. Elles souffraient de déficits cognitifs et présentaient des niveaux anormaux de certaines hormones. Au début de la puberté, leurs niveaux d'androstènedione et de testostérone, hormones qui stimulent la libido, étaient de trois à cinq fois plus élevés. Leur réaction à des événements stressants se traduisait par une production de cortisol plus basse que la normale, indiquant que leur corps s'était adapté biochimiquement à des niveaux élevés de stress émotionnel.

Grâce à une autre étude longitudinale qui a suivi des enfants pendant 30 ans jusqu'à l'âge adulte (Sroufe, Egeland, Carlson & Collins, 2010), on a découvert que la qualité de l'attachement précoce était le principal indicateur du comportement des adolescents et des adultes. Les enfants

ayant connu un attachement désorganisé étaient chroniquement anxieux. N'ayant pas appris la « danse de la syntonisation » tôt dans l'enfance, à l'adolescence ils étaient incapables de réguler leurs propres émotions et présentaient des niveaux élevés de frustration et d'agressivité, ainsi que des comportements perturbateurs.



Figure 3. Enfant traumatisé.

Ils présentaient un manque d'empathie face à la détresse émotionnelle d'autres personnes. Ils ne parvenaient pas à développer des relations saines avec leurs pairs, les gens qui s'occupent d'eux et leurs enseignants. En fin d'adolescence, la moitié des enfants ayant participé à cette étude avaient été diagnostiqués comme souffrant d'un trouble mental et présentaient de faibles niveaux de résilience, qui est notre capacité à rebondir après une expérience négative.

Tout cela signifie-t-il que le manque d'attention parentale m'a traumatisé(e)?

Revenons désormais aux expériences du visage impassible réalisées par Edward Tronick. Les résultats signifient-ils que si l'on omet de prêter attention à son nourrisson pendant 30 minutes, on le traumatise ? Cela signifie-t-il que si vos parents ont fait preuve de distraction dans un milieu familial autrement sûr et stimulant, ils vous ont psychiquement marqué(e) à vie ?

La réponse est non, bien heureusement. Si les nourrissons deviennent anxieux en l'absence de stimulation, la plupart des parents redonnent

rapidement leur attention à l'enfant et rétablissent le lien qui les unit. Avoir une « mère adéquate » et non pas une mère parfaite suffit à établir cet attachement sécure (Winnicott, 1956, pp. 300-305). À mesure qu'ils grandissent et acquièrent le sentiment de séparation émotionnelle temporaire dans le contexte global de la syntonisation, les nourrissons apprennent progressivement à réguler leurs émotions par eux-mêmes.

Les recherches effectuées sur la théorie de l'attachement indiquent qu'en majorité les enfants jouissent d'une base de sécurité solide et sont capables de former des relations solidement ancrées à l'âge adulte (Boris, FUEYO & Zeanah, 1997). Une méta analyse de deux mille enfants élevés dans des familles de classe moyenne ne constate des signes d'attachement désorganisé que dans 15 % des cas (Van Ijzendoorn, Schuengel & Bakermans-Kranenberg, 1999). Il est donc probable que les écarts parentaux dont vous pouvez avoir fait preuve et les défaillances parentales temporaires que vous aurez vécues étant enfant ne vous auront pas marqué(e) à vie, et ne répondent à aucun des critères qui caractérisent les événements traumatisants.

Le traumatisme relève autant du physique que du psychisme

Le traumatisme psychologique n'est pas qu'un simple trouble psychique ; le corps s'en trouve également affecté aux niveaux les plus fondamentaux. La survie est le besoin le plus fondamental de tout organisme. Les autres besoins, tels que la digestion, la reproduction et la réalisation de soi, ne peuvent pas être assurés si l'organisme n'arrive pas à survivre. Les mécanismes de survie du corps sont à l'origine de la réponse de combat-fuite-inhibition, et l'on sera surpris de découvrir à quel point cette réaction est à la source même de nombreux aspects de notre vie et de notre comportement.

La survie étant essentielle, lorsqu'un animal se sent menacé, les autres besoins et fonctions sont tous mobilisés afin d'assurer cette survie. Les systèmes physiques du corps qui peuvent aider à la survie (tels que la circulation et la respiration) se voient modifiées afin d'assurer celle-ci. Ceux qui ne lui sont d'aucune utilité pour la survie (tels que la reproduction et la digestion) cessent tout simplement de fonctionner. Toute menace immédiate se traduit par une restructuration radicale des ressources cellulaires, allant jusqu'au niveau moléculaire.

Le système nerveux autonome (SNA) contrôle les fonctions de survie de l'organisme. Au sommet de la moelle épinière se trouve le rhombencéphale, ou cerveau postérieur, qui orchestre le fonctionnement du SNA. Il gère toutes les fonctions que le nouveau-né peut exécuter, y compris l'excrétion, la respiration, la circulation et la digestion. Chez l'adulte, le rhombencéphale continue à exercer ces fonctions sans aucune intervention consciente des autres régions cérébrales. Elles se produisent automatiquement ; à l'adjectif technique « autonome », on peut substituer le simple « automatique », puisque, dans un corps sain, toutes ces fonctions sont prises en charge automatiquement, sans avoir à être soumises au contrôle volontaire.

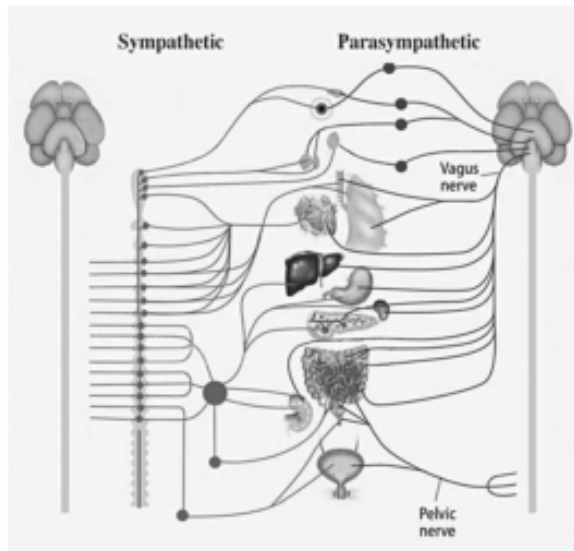


Figure 4. Les systèmes nerveux sympathique et parasympathique.

Le SNA se divise en deux composantes distinctes : le système nerveux sympathique et le système nerveux parasympathique. Le système nerveux sympathique (SNS) est associé à la gestion du stress, alors que le système nerveux parasympathique (SNP) est associé à la relaxation. En période de stress, la composante sympathique du SNA est dominante, alors que lorsque nous sommes détendus, la composante parasympathique prend le relais.

Un examen rapide du schéma des systèmes sympathique et parasympathique (Fig. 4) permet d'observer la ramification des nerfs qui en rayonnent. Ils assurent la liaison avec le cœur, les poumons, les yeux, la bouche, le système digestif, le foie, la vessie et les organes reproducteurs. Ils orchestrent tout, ce sont eux qui enjoignent tous les mécanismes de

l'organisme de faire ce qu'ils font à tout moment donné. Lorsque l'on est détendu, ils donnent le signal pour dire que tout va bien, et tous nos systèmes entrent en mode de récupération et de régénération. En période de stress, ce sont eux qui sonnent l'alarme, et tout l'organisme se prépare alors au combat ou à la fuite. Pour observer l'effet du SNA sur certains organes, il suffit de se pencher sur les types d'événements suivants :

- Vous devez prononcer un discours ; votre bouche se dessèche et vous avez l'estomac qui se noue.
- Vous vous souvenez de la mort d'un être cher ; vous vous mettez à pleurer.
- Vous avez travaillé sur un projet avec tant d'ardeur que vous en avez oublié tout le reste, et soudain, vous avez terminé et vous vous détendez ; vous avez alors un besoin pressant d'aller aux toilettes.
- À l'heure du dîner, votre conjoint(e) soulève un sujet qui vous dérange ; soudain, vous avez une boule à l'estomac.
- Une personne que vous méprisez entre dans la pièce ; vos poils se hérissent.

Ce système de régulation du stress fonctionne si bien depuis des millénaires, qu'il a à peine évolué. Les dinosaures, disparus depuis 65 millions d'années, avaient plus ou moins le même SNA que nous, tout comme leurs descendants modernes, les lézards et les oiseaux. Lorsque le fœtus grandit dans l'utérus, c'est cette partie-là du corps qui se développe en premier, comme chez la salamandre ou l'éléphant. Si le SNA a si peu évolué au fil des millénaires, c'est qu'il a été perfectionné il y a si longtemps et qu'il est si performant que Dame nature n'a pas eu besoin d'y faire des retouches.

En Figure 5, on observera le fœtus de diverses espèces. On remarquera à quel point le développement de leur SNA se ressemble, même si, à la naissance, le résultat est appelé à être très différent. En effet, le SNA excelle lorsqu'il s'agit d'assurer les fonctions élémentaires de survie de l'organisme.



Figure 5. Bien qu'à maturité ils n'auront pas du tout le même aspect, en début de parcours, les fœtus de diverses espèces se ressemblent remarquablement.

Galien, grand médecin de l'Antiquité gréco-romaine, découvre et fut le premier à nommer et à décrire le SNS aux alentours de 170 ap. J.-C. (Swanson, 2014, p. 680). Dans « sympathique » on retrouve d'une part le préfixe « sym » (du grec *syn*, qui signifie agir de concert avec), comme dans « symphonie » et d'autre part le mot grec *pathos*, qui signifie émotion. Galien observa tout d'abord que les émotions stimulent le SNS. Lorsque l'on a peur, ou que l'on est contrarié ou en colère, il se déclenche. C'est notre réseau neuronal, conçu pour nous permettre de réagir aux menaces, qui engage nos émotions. Les émotions ne sont pas des phénomènes abstraits ; elles sont, par l'entremise du SNS, impliquées dans le fonctionnement de tous les organes majeurs du corps.

Le stress, un trouble à la fois hormonal et neurologique

Les neurotransmetteurs et les hormones sont des molécules qui œuvrent de concert avec le SNA comme composante du système pour signaler à l'organisme de se stresser ou de se détendre. Les deux hormones du stress les plus importantes sont l'adrénaline et le cortisol. Même s'il en existe d'autres, par commodité, je me servirai du mot « cortisol » pour désigner l'ensemble des substances neurochimiques mobilisées pour réagir

au stress, car on peut en mesurer le taux dans la salive et dans le sang ; de nombreuses études révèlent les éléments qui en stimulent la sécrétion.

Par commodité, pour désigner l'hormone du bien-être ou de la détente, j'emploierai l'acronyme DHEA (déhydroépiandrostérone), car il s'agit de la principale hormone de relaxation. Le corps s'en sert pour réparer et régénérer les cellules, mais aussi pour la signalisation intercellulaire. Lorsque l'on est stressé, l'organisme secrète davantage de cortisol ; lorsque l'on est détendu, il secrète davantage de DHEA. Ces hormones vont de pair avec le SNS et le SNP. Lorsque le SNS passe en mode de combat ou de fuite, l'organisme secrète du cortisol en grande quantité et la production de DHEA s'arrête. Lorsque le SNS passe en mode de relaxation, l'organisme secrète de la DHEA en grande quantité et freine sa production de cortisol. Il est essentiel de comprendre ces cycles pour appréhender la santé dans son ensemble, car tous les systèmes de l'organisme, qu'il s'agisse de digestion, de circulation, de reproduction, de respiration et d'immunité, sont touchés par notre degré de stress et de relaxation.

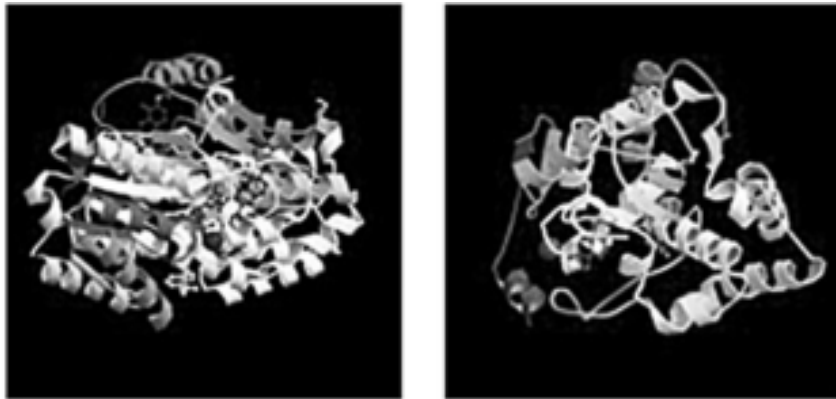


Figure 6. Molécules de DHEA et de cortisol. Remarquez à quel point les deux molécules se ressemblent. C'est parce qu'elles sont synthétisées par le corps à partir des mêmes précurseurs.

Si parfaitement adapté à l'assurance de notre survie soit-il, pourquoi ce système reste-t-il problématique ? Les enfants qui sont élevés dans un cadre d'attachement affectif sécuritaire, marqué par des périodes de stress légèrement plus prononcé, auxquelles se succèdent la relaxation et le retour à la syntonie, n'ont pas à faire face à ce problème. Cette danse de la syntonisation permet à l'enfant d'acquiescer au niveau du corps la capacité de gérer le stress bien avant qu'il n'acquiesce la capacité de penser ou de raisonner. Ces capacités feront partie de ses compétences d'adulte.

À l'inverse, les enfants qui sont élevés dans un cadre affectif sans repères, vivent en mode de stress élevé la plupart du temps. Leur SNS est constamment en état d'alerte aigu. La neurophysiologie du stress devient alors pour eux le mode de la normalité. Pour eux, le stress est normal, la relaxation ne l'est pas. Lorsqu'ils sont adultes, ils tendent à présenter des taux élevés de cortisol et de faibles taux de DHEA. S'ils sont très stressés sur la durée, leurs réserves de ces deux hormones peuvent s'épuiser et entraîner une perte d'énergie qui se caractérise par « l'épuisement des surrénales ». Leur production de cortisol peut également devenir anormale, avec, par exemple, de faibles sécrétions en matinée, lorsqu'il faudrait qu'elles soient élevées pour leur donner l'énergie dont ils ont besoin en début de journée, et un taux élevé la nuit. Ce déséquilibre se solde par l'insomnie et des cauchemars.

Pratiquement tous les types de maladies sont associés à un taux de stress élevé. Certaines études indiquent que l'on peut associer un taux de cortisol chroniquement élevé à la perte de densité osseuse et de masse musculaire, à l'augmentation des rides, au déclin des capacités cognitives, à l'incapacité d'engranger la mémoire à court terme dans la mémoire à long terme, ainsi qu'à de nombreuses maladies. Si la poussée de cortisol, qui nous donne la « décharge » nous permettant d'échapper à un danger, témoigne de nos facultés d'adaptation, pour l'organisme, rester en constant état d'alerte a des effets très délétères. Chez les personnes souffrant de traumatisme, le cortisol s'élève plus haut et plus rapidement que chez les sujets ordinaires, et reste à un niveau élevé longtemps après que le danger soit passé.

Le corps ne fait pas la différence

Que vous ayez été élevé dans un cadre affectif sécure ou désorganisé, ou tout degré intermédiaire entre les deux, le véritable problème et la manière dont le stress nous affecte sont les suivants : le corps ne sait pas faire la différence entre une pensée stressante et un événement stressant. La pensée stressante subjective qui est le « fruit de l'imagination » envoie au corps le même signal qu'une véritable menace objective à la vie et à la santé. Le cortisol monte en flèche en quelques secondes. Le SNS passe en état de haute alerte. Tous les systèmes du corps sont touchés, et ce par la simple pensée, sans que rien de dangereux ne se présente dans l'environnement. Vous aurez alors produit toute la neurophysiologie du stress dans votre corps tout en n'ayant aucune raison objective d'être en état d'alerte.

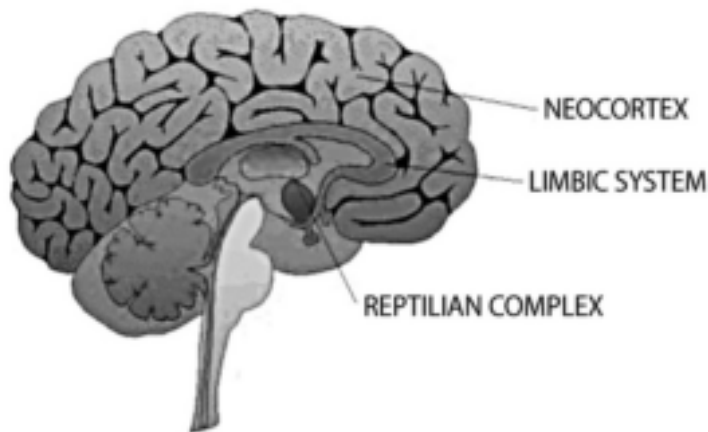


Figure 7. Le cerveau triunique.

Dans le cerveau humain, deux couches supplémentaires s'ajoutent au système de survie reptilien du SNA. Le système limbique du mésencéphale présente de nombreuses fonctions et a évolué ultérieurement. Il s'agit de la région du cerveau des mammifères, qui régit les émotions. Les mammifères peuvent ressentir des émotions que les reptiles ne peuvent pas ressentir. Ils savent se repérer dans la trame complexe des interactions sociales. Pendant les 18 premiers mois qui suivent la naissance, alors que l'enfant apprend l'attachement affectif et la syntonisation, le système limbique est la région du cerveau qui connaît la croissance la plus forte. Les enseignements tirés



Figure 8. La reconnaissance des indices de menace est essentielle à la survie.

lors de cette phase s'intègrent littéralement au câblage cérébral permanent, à tel point qu'ils deviennent difficiles à changer ultérieurement.

Le mésencéphale dispose également de deux structures essentielles à l'aspect affectif de la réponse au stress : l'hippocampe et l'amygdale. L'hippocampe est comme un historien militaire. Sa tâche est d'examiner les informations provenant de l'environnement. S'il détecte une correspondance entre une information entrante (« homme portant une chemise rouge ») et une menace antérieure (« j'ai été battu à l'âge de 7 ans par une brute portant une chemise rouge »), il reconnaît une menace potentielle immédiate. L'amygdale, quant à elle, est en quelque sorte l'alarme incendie du corps. Une fois que l'hippocampe a établi une correspondance positive, et que celle-ci est confirmée par d'autres structures cérébrales, la tâche de l'amygdale est de sonner l'alarme et de sommer le SNS de passer en mode de combat ou de fuite.

Détraqué(e) par votre cortex

Au-dessus du cerveau des mammifères se trouve le cerveau primate, le cortex. C'est la partie du cerveau dont sont dotés les singes, les dauphins et d'autres espèces hautement évoluées. C'est chez l'homme, qui jouit de capacités dont les non primates, comme les chiens et chats, ne jouissent pas, qu'il est le plus développé. Nous sommes capables de pensée abstraite. Nous pouvons réfléchir sur le passé, faire des projections sur l'avenir et créer des produits mentaux hautement structurés basés sur les mathématiques et la poésie. Nous avons le don de la parole et du chant. Tous ces produits prennent source dans le cortex qui, sur le plan de l'évolution, est la plus jeune partie du cerveau.

Le cortex nous joue cependant des tours lorsque nos pensées abstraites mobilisent des émotions fortes et déclenchent une réaction de lutte ou de fuite. Penser : « John a démonté mes idées à la réunion du personnel » n'est pas une menace à votre survie, mais si vous passez des heures à ressasser cette idée pendant tout le week-end, alors que vous devriez vous détendre, vous faites monter votre taux de cortisol et baisser votre DHEA. Le SNS se déclenche et met un frein à tous les processus de réparation cellulaire et de récupération régis par votre SNP. Votre survie n'est pas en jeu, l'événement s'est déroulé il y a plusieurs jours, et pourtant votre corps continue à recevoir des signaux de stress.

Vous connaissez peut-être la charmante histoire zen des deux moines ayant fait vœu de chasteté qui faisaient un long voyage. Un matin, ils arrivent à un ruisseau qui est en crue. Sur la berge, une jeune femme

n'arrive pas à le traverser. Le plus âgé des deux moines la hisse sur ses larges épaules et les deux moines traversent le ruisseau pour rejoindre l'autre rive en toute sécurité. Après avoir remercié le vieux moine, la jeune femme les quitte pour faire son chemin. Les deux moines marchent en silence jusqu'au crépuscule, mais il y a de la tension dans l'air et le barrage d'intensité émotionnelle chez le jeune moine finit par sauter. « Les règles de notre religion nous interdisent de toucher les femmes », déclare-t-il. « Comment avez-vous pu faire cela ? »

« Mon fils, » dit le vieux moine, « j'ai porté cette femme sur mes épaules et l'ai reposée à terre ce matin. Toi, tu l'as portée toute la journée. »

La colère intérieure ressassée du jeune moine avait fait monter son niveau de stress bien après la fin de cet événement. Voilà ce que nous faisons quand nous sommes obsédés par le passé ou des craintes pour l'avenir. Nos pensées envoient des messages de stress à notre corps et compromettent par là même sa capacité à se régénérer et à guérir en usurpant le système que la nature a conçu pour se déclencher lorsque nous sommes face à un vrai danger.

Traumatisme et cerveau

Dans une étude recourant à l'imagerie cérébrale, des chercheurs ont montré que le rappel d'un événement émotionnel passé mettait effectivement en évidence les régions cérébrales associées aux sensations physiques viscérales que nous avons ressenties à l'occasion de cet événement (Damasio et al., 2000), la peur et le bonheur activant des régions cérébrales différentes.

L'imagerie cérébrale des personnes traumatisées indique certaines tendances intéressantes même plusieurs années après l'événement déclencheur (van der Kolk, 2014, p. 42). On ne sera pas surpris d'apprendre que l'amygdale s'active au rappel de souvenirs émotionnels. On constate également que le cortex visuel, une structure à l'arrière du crâne qui traite normalement les informations à partir des yeux, s'active lui aussi. Même si la personne ferme les yeux, le cortex visuel réagit comme si la personne voyait littéralement et revivait entièrement l'événement une nouvelle fois.

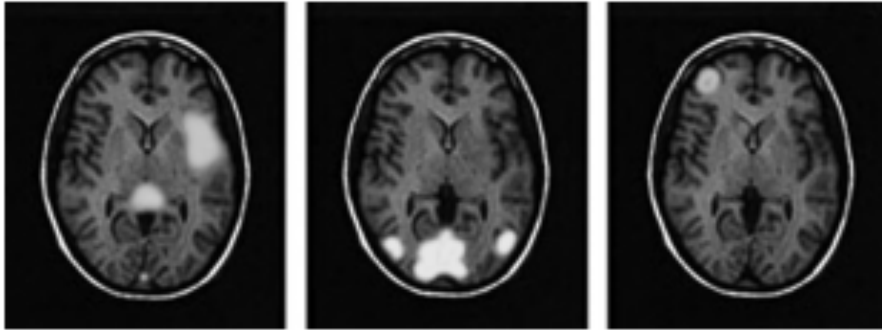


Figure 9. Imagerie par résonance magnétique fonctionnelle. Les régions cérébrales activées par un traumatisme : le côté droit du système limbique (à gauche), le cortex visuel (au milieu) et la désactivation du centre de la parole de Broca (à droite).

Lorsque l'on vit un événement traumatique ou lorsque l'on s'en souvient, une partie du cerveau appelée l'aire de Broca se déconnecte. Il s'agit du centre cérébral responsable de la parole. Une personne traumatisée peut ressentir toutes les sensations émotionnelles et physiques déclenchées par un souvenir inquiétant sans pouvoir les formuler lorsque cette partie du cerveau ne fonctionne plus.

D'ordinaire, le cerveau cortical moderne fait fonction de gardien, en filtrant les informations du cerveau émotionnel à travers ses processus rationnels. Lorsque nous entendons une forte déflagration, notre hippocampe passe en mode d'alerte, mais notre cortex peut raisonner, comprendre qu'il s'agit d'une pétarade de voiture et non d'un coup de feu, et ignorer le stimulus avant qu'un signal ne soit envoyé pour activer le SNS.

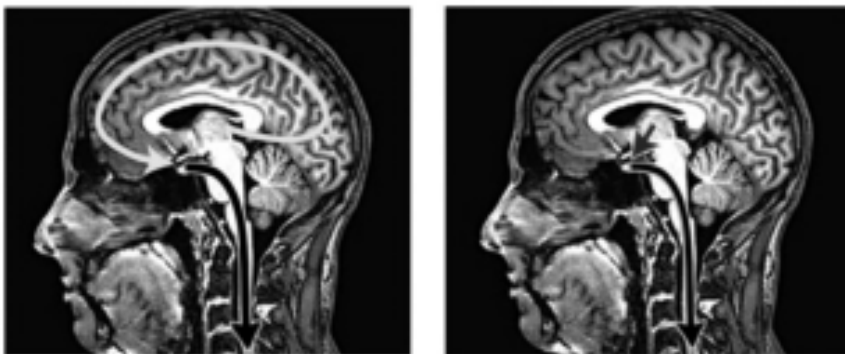


Figure 10. Lorsqu'un cerveau normal reçoit une stimulation sensorielle, le système limbique se réfère au néocortex pour évaluation exécutive avant d'alerter l'amygdale (à gauche), alors que dans le cerveau d'une personne souffrant de TSPT, il prend directement la direction de l'amygdale (à droite).

De même, à la vue d'une boîte de nos chocolats préférés, notre cortex peut nous empêcher de rechercher la gratification immédiate en se souvenant de ce qui si se passerait si nous les mangions tous d'un coup. Lorsqu'un un amant potentiel nous attire, notre cortex peut peser les avantages et les inconvénients à long terme de toute action entreprise en fonction de nos désirs sexuels.

Lorsque nous sommes sous la menace, l'équilibre du pouvoir entre le cerveau émotionnel et le cerveau rationnel change. Le travail du cerveau émotionnel et du SNS est de nous sortir du danger et a priorité sur la pensée. Lorsque le cerveau (émotionnel) ancien a besoin de sang pour les bras et les jambes afin de répondre à la menace attendue, il traite le cortex comme rien de plus qu'une réserve de sang commode. En se contractant en quelques secondes, les capillaires dans les lobes frontaux forcent le sang à sortir du cerveau pensant conscient pour se concentrer dans les extrémités. Le cortex peut se drainer à 70 % de son sang. Toutes vos capacités de raisonnement restent encodées dans les neurones corticaux, mais comme ceux-ci sont exsangues, ils ne vous sont plus disponibles. Votre cortex est comme un disque dur hors tension. Toutes les informations y sont, mais déconnectées.

Chez les personnes souffrant de TSPT, l'équilibre du pouvoir entre le cerveau rationnel et le cerveau émotionnel change. Ils peuvent se courroucer à la moindre provocation. Ils peuvent redouter le contact physique normal. Ils peuvent réagir de façon exagérée à des événements anodins. Ils peuvent percevoir le monde comme truffé de menaces.

Une étude effectuée sur des jumeaux identiques, dont les uns avaient fait la guerre du Vietnam et les autres non, montre des changements cérébraux frappants (McNally, 2006). Chez les jumeaux exposés au combat, les régions cérébrales chargées de la mémoire et de l'apprentissage avaient diminué par rapport à celles de leurs frères non-combattants, alors que les voies cérébrales chargées de l'acheminement des signaux de stress étaient devenues hypersensibles, car celles-ci avaient été développées par de constants besoins de survie. Si les cerveaux de ces jumeaux pouvaient avoir été pratiquement identiques à la naissance et avant d'aller à la guerre, l'exposition à un traumatisme avait provoqué une évolution cérébrale différente à l'âge adulte.

Le cerveau ajoute constamment de nouvelles connexions, ce processus portant le nom de « neurogenèse ». Il se débarrasse également constamment

d'anciens circuits inutilisés.

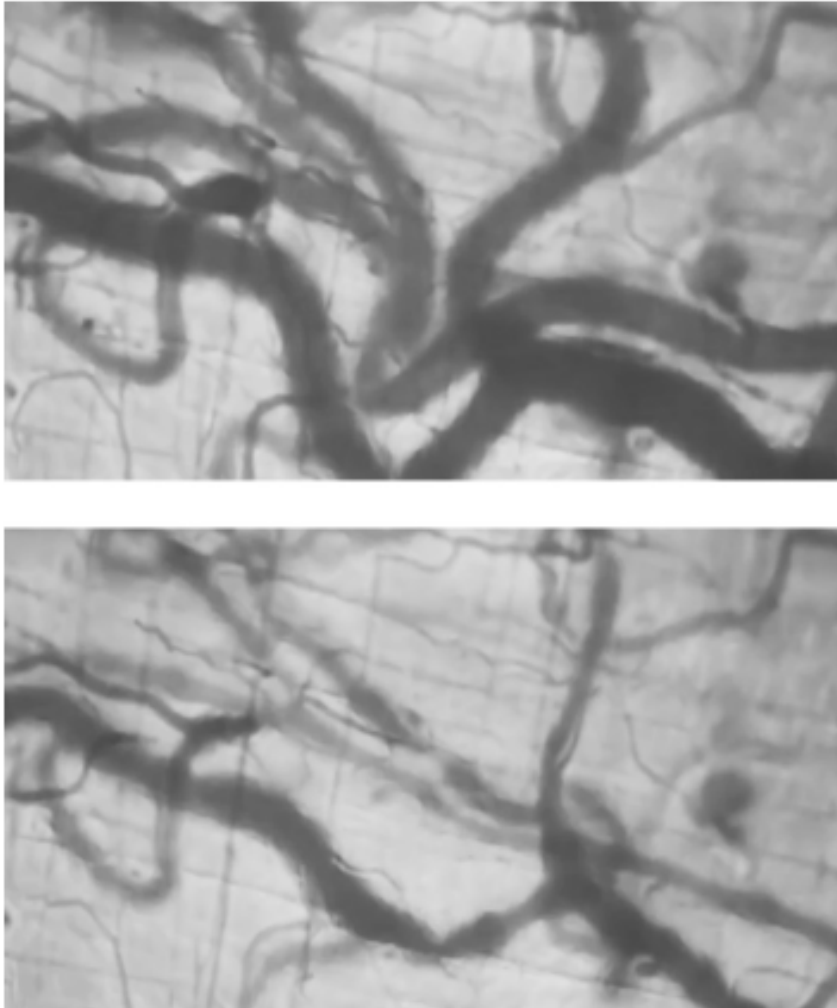


Figure 11. Capillaire avant et quelques secondes après avoir reçu un signal de stress.

Le cerveau ajoute constamment de nouvelles connexions, ce processus portant le nom de « neurogenèse ». Il se débarrasse également constamment d'anciens circuits inutilisés.

Si la capacité du cerveau à se reconnecter par rapport à une expérience (cette capacité se nommant la « neuroplasticité ») est de grande utilité lorsqu'il s'agit d'acquérir une nouvelle compétence, cette capacité œuvre contre nous lorsque les circuits que nous améliorons sont ceux associés au stress. Sous l'influence du stress, le cerveau renforce les voies neuronales dédiées à transporter des signaux liés au stress au détriment des régions cérébrales responsables de la mémoire, de l'apprentissage et la prise de décisions exécutives de haute qualité. Les chercheurs ont noté que les

symptômes du TSPT empirent souvent au fil du temps, au fur et à mesure que la neuroplasticité renforce les circuits du stress (Vasterling & Brewin, 2005). Dans un essai pour la revue *Energy Psychology*, j'appelle ce phénomène « la face cachée de la plasticité neuronale » (Church, 2012).

Au fil du temps, le TSPT remodèle plusieurs parties critiques du cerveau. Une étude recourant à l'imagerie par résonance magnétique fonctionnelle pour examiner le cerveau d'anciens combattants souffrant de TSPT a révélé des différences parmi ceux qui revivaient les événements traumatisants de combat plus fortement, avec flashbacks et pensées intrusives (Spielberg, McGlinchey, Milberg & Salat, 2015). La communication entre l'hippocampe et le cortex préfrontal était altérée, ce qui le rendait moins apte à remettre correctement les informations entrantes dans leur contexte. L'hippocampe était hypersensible aux signaux non menaçants.

Quand un cerveau normal reçoit un signal - prenons l'exemple d'un groupe de jeunes hommes traînant à un coin de rue - le cerveau peut prendre une décision exécutive juste pour évaluer si ceux-ci posent une menace. Le cerveau à hippocampe hyperactif d'une personne atteinte de TSPT recevant des informations identiques est susceptible d'envoyer un signal de stress à l'amygdale sans d'abord passer à travers les filtres exécutifs corticaux. Ce phénomène se traduit par un stress chronique.

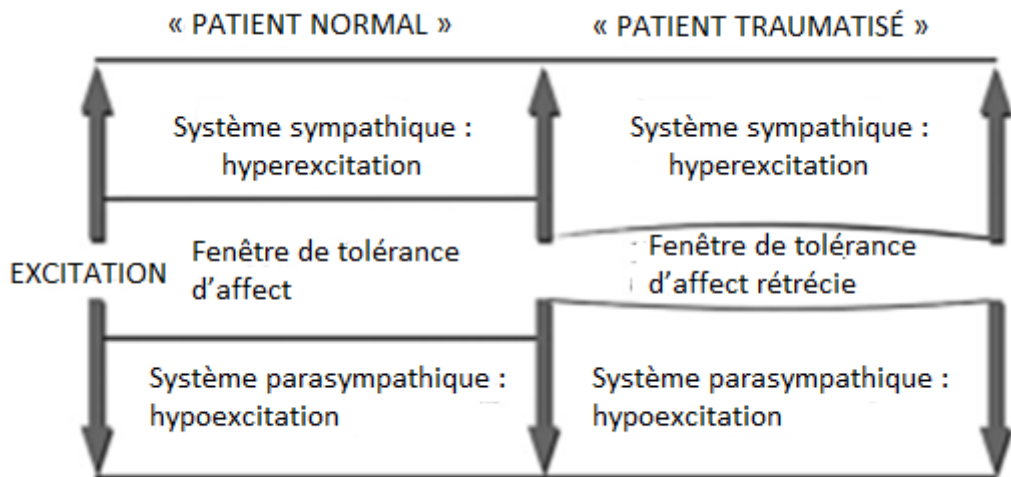


Figure 12. Réaction au stress.

Source : Brodie, E. M. (2015). Dealing with trauma using the non-local mind and shamanic soul retrieval. *Energy Psychology: Theory, Research, and Treatment* (sous presse). Réimprimé avec la permission de l'auteur.

Chez les personnes atteintes de TSPT, la taille de la « fenêtre » à travers laquelle un signal est perçu comme menaçant rétrécit (voir Fig. 12). Le nombre de signaux repérés comme non menaçants diminue. Les épouses des anciens combattants atteints de TSPT déclarent souvent que les petits tracassés auxquels leur mari n'aurait pas fait attention avant leur déploiement sont sources de crises de colère et de toutes les autres émotions violentes qui s'ensuivent, à mesure que leur cerveau se sensibilise de plus en plus aux signaux de stress.

Il n'y a pas que chez les personnes atteintes de TSPT que l'on observe ce genre de changements cérébraux ; certaines personnes sans diagnostic psychiatrique font preuve de tendances similaires. Une étude portant sur 87 participants en bonne santé a classé leur capacité à réguler leurs émotions (Petrovic et al., 2015). Certaines personnes avaient de grandes difficultés à gérer leur colère, leur irritation et leur tristesse, cette défaillance ayant des incidences sur leur travail et leur vie sociale et familiale. D'autres n'en avaient aucune.

Ceux qui faisaient état des niveaux d'émotions négatives les plus élevés présentaient des quantités inférieures de tissu dans le cortex orbito-frontal et d'autres régions cérébrales responsables de la régulation émotionnelle. Ceux qui présentaient la meilleure régulation émotionnelle avaient également le plus de tissu cérébral dans ces régions. Cette étude montre que l'hostilité, l'anxiété, la dépression et le TSPT ne sont pas des diagnostics psychiatriques dont nous pouvons ou non faire l'objet. Au lieu de cela, les chercheurs ont déclaré : « Il existe un continuum dans notre capacité à réguler les émotions ... on ne peut pas considérer ces troubles comme étant délimités de façon catégorique : soit vous en souffrez, soit vous n'en souffrez pas ». Quelle que soit notre position sur cette échelle, lorsque nous cultivons des comportements sains, nous poussons nos réseaux neuronaux à développer les parties du cerveau qui s'y apparentent.

Remettre le cerveau traumatisé en ligne

Le cerveau des personnes atteintes de TSPT ne traite pas les informations aussi efficacement que le cerveau normal. Les diverses parties du cerveau TSPT ne sont pas capables de travailler en synchronie. D'ordinaire, toutes les régions cérébrales travaillent ensemble pour traiter les informations entrantes. Voir la différence en Figure 13 (van der Kolk, 2014, p. 311). Chez une personne atteinte de TSPT, le cerveau a du mal à

coordonner son activité afin de traiter les informations entrantes et à se concentrer de façon cohérente sur la situation immédiate.

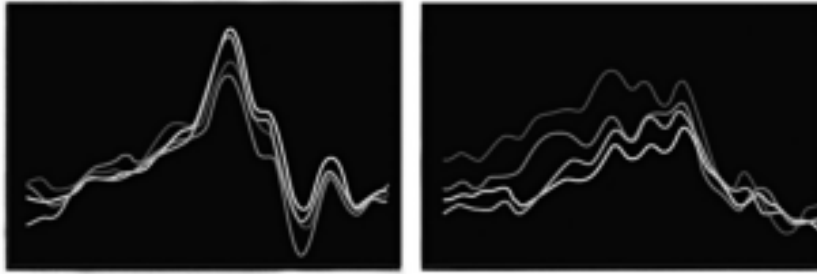


Figure 13. Chez les sujets normaux, le cerveau coordonne son fonctionnement pour traiter les informations (à gauche). Le cerveau des personnes souffrant de TSPT n'est pas en mesure de fonctionner en synchronie (à droite).

Une équipe de bénévoles EFT s'est rendue à Haïti deux ans après le séisme de 2010 qui a dévasté le pays et laissé 250 000 enfants orphelins. Ils ont réalisé une vidéo de 7 minutes montrant leurs travaux. Vous pouvez la visionner sur Haiti.EFTuniverse.com. L'une des scènes les plus touchantes montre « Amélie », une fillette qui avait 8 ans lors du tremblement de terre. Sa mère et elle-même étaient à l'intérieur d'un bâtiment qui s'est effondré. Sa mère a été tuée, la fillette a survécu, mais deux jours se sont écoulés avant que les sauveteurs ne sortent Amélie des décombres. Imaginez être piégé(e) et immobilisé(e) avec le cadavre de votre mère pendant tout ce temps-là. Amélie fut traumatisée à tel point qu'elle n'a pas pu prononcer un seul mot pendant deux ans après le tremblement de terre. Ce phénomène est un exemple classique de la désactivation de l'aire de Broca dans le cerveau.



Figure 14. Survivante du tremblement de terre de 2010 en Haïti.

Pendant tout ce temps-là, elle ne s'est pas mêlée avec les autres enfants de son âge, et n'a ni ri, ni joué avec eux, ce comportement étant symptomatique d'une fermeture du cerveau limbique.

Sous la direction de praticiens des protocoles EFT, Amélie a effectué des stimulations et a commencé à raconter sa tristesse à son nounours. Deux jours après, la vidéo la montre riant, parlant et jouant avec les autres enfants comme une fillette normale de son âge, à mesure que l'ensemble du cerveau d'Amélie se remet en ligne et retrouve sa synchronie.

Toucher l'autre : un parcours polyvagal

Si Charles Darwin est surtout connu pour son livre *L'origine des espèces*, à la fin de sa vie, il fut fasciné par les émotions et la question de savoir comment et pourquoi elles avaient évolué. Dans son dernier ouvrage publié en 1872, *L'expression des émotions chez l'homme et les animaux*, il note le lien entre les émotions et la réponse au stress, qu'il appelle « le comportement de fuite ou d'évitement » (Darwin, 1872).

Darwin fut frappé par la ressemblance des émotions chez les différentes espèces. Nous savons immédiatement si un chien est sur le point d'attaquer, ou s'il est calme et à la recherche d'affection. Le langage du corps et la grande diversité des expressions faciales sont efficaces pour transmettre des informations sur les états émotionnels intérieurs des animaux. Nous sommes encore plus sensibles aux émotions des autres êtres humains ; pour nos ancêtres, la capacité à distinguer si la configuration de centaines de muscles sur le visage d'un étranger signifiait « colère et menace » ou « calme et soutien » était une question de vie ou mort. Nous avons évolué pour être parfaitement attentifs aux émotions de ceux qui nous entourent.

Lors d'un récent appel téléphonique de coaching diffusé en direct à un auditoire, ma cliente, une jeune femme déprimée suite à une récente rupture amoureuse, a prononcé le premier mot, « Bonjour ». Je lui ai alors doucement demandé, « Vous êtes nerveuse? »

« Oui », répondit-elle, et nous avons d'abord fait un protocole EFT pour éliminer l'anxiété qu'elle éprouvait à raconter son histoire devant des inconnus, avant de continuer à travailler sur son problème.

Un peu plus tard, en réfléchissant à cet échange, je me suis demandé

comment j'avais su, à partir d'un seul mot, que cette femme était anxieuse, et j'ai réorienté la séance de coaching pour aborder cette question. Je me suis alors rendu compte que j'avais probablement entendu le resserrement des muscles de sa gorge, même si je ne l'avais jamais entendue prononcer un mot auparavant. J'ai déjà observé de grands psychothérapeutes également accorder beaucoup de sens à partir de petits gestes anodins. Le fondateur du Gestalt, Fritz Perls, estimait que même les gestes apparemment mécaniques comme taper du pied ou relever un sourcil étaient d'importantes sources d'information.

Quelle est la base anatomique de cette interaction entre le corps et les émotions ? Darwin pensait que le « nerf pneumogastrique », que nous appelons désormais le nerf vague, jouait un rôle dans la régulation des émotions. Selon ses écrits : « Le cœur, les viscères et le cerveau communiquent intimement via le nerf « pneumogastrique », nerf critique impliqué dans l'expression et la gestion des émotions chez les humains et les animaux. Quand l'esprit est fortement excité, celui-ci affecte instantanément l'état des viscères, de sorte que sous l'excitation, on constatera un haut degré d'action et de réaction mutuelle entre ces deux organes les plus importants du corps » (Darwin, 1872, p. 72).

Les observations prémonitoires de ce génie de la science biologique furent approfondies dans les années 1980 par Steven Porges de l'université de Caroline du Nord. Il a décrit les nombreuses fonctions du nerf vague et comment ce nerf relie la régulation des émotions à la régulation physiologique. Ce nerf relie le tronc cérébral à la langue, à la gorge, au foie, aux poumons et à tous les divers organes du système digestif. Il fournit un lien neurologique entre les émotions et la régulation physiologique.

En Figure 15, on voit tous les organes reliés au nerf vague. Les émotions pilotent l'ensemble de ces différents systèmes physiologiques. Lorsque l'on utilise des expressions courantes comme « avoir des nœuds dans l'estomac », « en avoir le souffle coupé », « le sentir jusqu'à la moelle », « avoir le cœur serré », « avoir l'estomac tout retourné », ou lorsque l'on parle « du fond du cœur » », ou d'une émotion qui vous « prend aux tripes » ou d'une expérience qui vous « brise le cœur », on fait littéralement allusion aux organes engagés par l'émotion. Lorsque l'on est stressé, les battements du cœur s'accélèrent, la gorge se dessèche, la voix se tend et notre respiration elle aussi s'accélère. Lorsque la contrainte est due à une interaction avec un autre être humain, l'expérience émotionnelle affecte notre état physiologique intérieur.

Ceci explique comment les parents aident naturellement leurs nourrissons à réguler leurs états intérieurs avant qu'ils n'apprennent à le faire eux-mêmes. Les parents et les nourrissons sont connectés physiologiquement et émotionnellement et, comme Tronick l'a observé, l'interruption du lien affectif se traduit par un dérèglement du SNA. Cela vaut également pour les personnes qui sont amoureuses et les grandes amitiés. Le lien affectif favorise un sens inné de bien-être et de plaisir physique véhiculé par le nerf vague. Nous nous « sentons bien » à la fois sur le plan émotionnel et physiologique lorsque nous interagissons avec des amis qui nous soutiennent et nos proches.



Figure 15. Le nerf vague.

Les amis, les amants et les parents se touchent aussi beaucoup les uns les autres ; le contact est l'une des formes les plus élémentaires de communication du réconfort (van der Kolk, 2014, p. 218). Lorsque l'on est chagriné, un ami peut nous serrer dans ses bras ou nous prendre par les épaules. Les amants se font des caresses. Les parents essuient les larmes de leurs bébés, les bercent, leur caressent la peau et font des bruits apaisants. Lorsqu'un chien ou un chat de compagnie est perturbé, on peut le calmer par une simple caresse ou en leur parlant d'une voix apaisante. La douceur du ton peut « apaiser une bête sauvage ». La pensée rationnelle ne peut pas envoyer un signal de sécurité au cerveau et au corps comme le fait le toucher.

Porges soutient que le système vagal très ramifié a évolué en réponse à la complexité sociale croissante de la civilisation. L'anatomie complexe du nerf vague montre que nous présentons un vaste câblage neurologique interconnecté dont le but est d'être en harmonie avec les autres. Chaque individu fait partie d'une danse de la syntonisation plus vaste et, lorsqu'un grand nombre de personnes sont étroitement syntonisées, elles forment des structures sociales complexes qui font avancer la civilisation. Darwin considérait que ce phénomène était à l'opposé de la lutte ou de la fuite, en affirmant que « les activités qui ont trait à nourrir, protéger et s'accoupler ... sont à l'inverse de l'évitement et la fuite » (1872, p. 71).

La théorie polyvagale que Porges a développée contribue à expliquer pourquoi un visage amical ou une voix apaisante peut calmer notre agitation intérieure. Être en syntonie avec une autre personne peut nous ancrer dans la sécurité lorsque nous sommes perturbés, ou que nous nous sentons aliénés du monde qui nous entoure.



Figure 16. Le toucher

Nous ne disposons pas que des deux extrêmes d'une gamme que sont la lutte ou la fuite ; les relations sociales peuvent modérer la réponse au stress. L'engagement social est le premier niveau de soutien vers lequel nous nous tournons instinctivement lorsque nous nous sentons menacés.

Demander de l'aide des autres lorsque l'on en crise est un comportement humain fondamental. La première chose que nous faisons est de nous tourner vers les autres et de leur demander : « Pouvez-vous m'aider ? ». Le signal universel d'un navire ou d'un avion en détresse est « Mayday,

mayday, mayday », expression remontant aux années 1920 et tirée du français « m'aidez » (Hart, 2012). En cas de crise, du point de vue social, il est acceptable de se tourner même vers des personnes qui nous totalement inconnues pour leur demander leur aide.

En cas d'échec, nous passons en mode de lutte ou de fuite. Si cela échoue et que l'on se retrouve coincé, le nerf vague reprend le dessus et bloque la plus grande partie de notre métabolisme, dans une réponse d'inhibition. Pour l'enfant piégé par le prêtre pédophile, le réfugié impuissant face à une catastrophe naturelle, la victime d'un viol retenue par son ravisseur, ou le guerrier coincé dans une tranchée, la réaction d'inhibition est hautement adaptative. Le corps ralentit, la sensibilité se dissocie et la conscience se distance de la source du traumatisme en « s'engourdissant ».

La théorie polyvagale nous permet de mieux comprendre le stress que le simple continuum entre la lutte et la fuite. Ce modèle antérieur ne se présentait que sur un seul axe, la « lutte » étant à une extrémité du continuum du SNS et la « fuite » à l'autre. Je conçois ce modèle plus élaboré sous la forme d'une croix, le SNS constituant un axe et le nerf vague en constituant l'autre. Sous l'influence du stress, le haut de l'axe vagal nous invite à nous connecter. En cas d'échec, nous passons en mode de lutte ou de fuite. Si cela échoue également, la partie inférieure de l'axe vagal nous protège en réagissant par une inhibition.

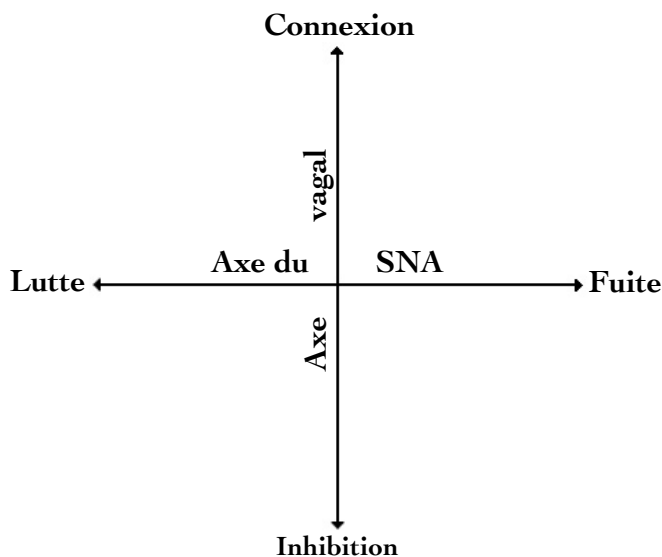


Figure 17. Les deux axes de la réponse au stress.

La théorie polyvagale nous permet aussi de comprendre le processus de guérison qui peut se produire après un événement traumatique. De nombreuses études montrent que, pour les personnes ayant subi un traumatisme, la qualité du lien social est l'un des éléments les plus fondamentaux de leur récupération (van der Kolk, 2014, p. 79). Lorsque l'on bénéficie d'un riche réseau social et d'un important soutien, on a davantage de chances de se remettre que si nos ressources en termes de lien social ont été brisées.

Dans une étude à grande échelle réalisée auprès d'un groupe de collègues, nous avons analysé les niveaux de TSPT de 218 anciens combattants et de leurs conjoints (Church & Brooks, 2014). Les sujets ont participé à l'une des six retraites proposées pour une durée d'une semaine chacune. Être marié ou en couple était l'un des critères de participation. Ils ont pratiqué en petits groupes des protocoles EFT pour traiter leurs symptômes de stress post-traumatique. Au début de la retraite, 83% des anciens combattants répondaient aux critères d'un diagnostic de TSPT. À la fin, seulement 7 jours plus tard, seuls 28 % d'entre eux présentaient ces symptômes. Lors d'un contrôle effectué 6 semaines plus tard, ils avaient maintenu leurs acquis ($p < 0,001$).



Figure 18. Le toucher est un langage universel qui favorise la communication entre les espèces.

Vivre avec un ancien combattant atteint de TSPT peut en soi être traumatisant et se solder par « transfert de TSPT ». On a clairement

constaté ce phénomène chez les conjoints des anciens combattants ayant participé à cette étude. En début de retraite, 29 % des conjoints répondaient également aux critères cliniques du stress post-traumatique. Leurs résultats se sont avérés similaires à ceux de leurs partenaires. Lors du suivi de contrôle, seuls 4% d'entre eux présentaient des niveaux de TSPT diagnostiqué. Chacune des six retraites a été analysée séparément, comme si celle-ci constituait une petite étude en elle-même.

La trajectoire de guérison des participants s'est avérée être la même quelle que soit la retraite à laquelle ils avaient participé, les résultats s'étant avérés similaires dans les divers groupes. Être accompagné(e) par une compagne ou un compagnon solidaire peut faire une énorme différence par rapport au processus de guérison. Le soutien social renforce la guérison d'un individu.

Dans l'EFT Manual (Church, 2013), on retrouvera un certain nombre de récits écrits par des anciens combattants et les praticiens qui ont travaillé avec eux. Voici l'histoire d'un ancien combattant et une autre racontée par une psychologue. Ces deux récits décrivent leurs expériences de l'EFT.

D'un engrenage vers le bas à un engrenage vers le haut

Olli

J'ai été déployé avec 10^e division de montagne du 2^e BCT, à Bagdad de septembre 2006 à juin 2007. J'ai effectué divers travaux de garde, de laboratoire médical, de médecine et de pharmacie. Mon expérience fut une mosaïque typique de longues journées, de stress et d'une variété d'événements émotionnellement puissants. En bref, j'ai été exposé aux expériences suivantes (certaines en face-à-face, d'autres indirectement au travers de mes camarades) : explosions d'engins explosifs improvisés, tirs d'armes légères, tirs de roquettes, attaques de tireurs embusqués, blessés et morts Américains, alliés et Irakiens (militaires, ennemis et civils, y compris des femmes et des enfants), pertes massives, suicides, automutilation, divorces, infidélités, bagarres, viols, capture et décapitation de soldats américains, emprisonnement de terroristes, odeur et vue de tissus ensanglantés, en décomposition et brûlés, pièges à la bombe, véhicules détruits et crainte persistante d'être attaqué.

À mon retour de mission, j'ai commencé ma première année d'études

de médecine. En dépit des bons résultats que j'avais obtenus à l'issue de ma première année universitaire, j'ai remarqué que ma qualité de vie avait considérablement diminué. J'ai reconnu que je ne pouvais plus vivre dans le moment présent et que j'observais constamment tout ce qui se passait dans ma vie comme si j'en étais « témoin ». Je rejouais également de nombreuses situations dans mon esprit, en repensant souvent à la manière dont j'aurais pu les négocier différemment. Je ne riais plus beaucoup et je me sentais accablé par mon passé, repensant aux jours où l'ignorance était une bénédiction.

Une année s'est écoulée et j'avais parlé de mes expériences à une variété de personnes dans le but de m'en « libérer », ou de me libérer de leur caractère récurrent. Parler de ces expériences m'a aidé dans une certaine mesure, mais seulement sur le plan intellectuel. Je savais que ce que je ressentais était « une réaction normale à une situation anormale ». Je savais que j'avais fait de mon mieux et que j'étais une force du bien dans ce monde. Mais je savais aussi que mes symptômes persistaient même après en avoir parlé. Sinon, ça « allait » et j'identifiais mes symptômes comme des émotions récurrentes, indépendantes de mon intellect. Elles étaient en quelque sorte inaccessible, quelle que soit la manière dont j'essayais de les résoudre ou de m'en libérer. J'en ai conclu que c'était le prix à payer, et j'ai continué à vivre ma vie peut gratifiante au mieux de mes capacités.

Il y a environ un mois, j'ai eu une expérience puissante. J'ai rencontré une vieille connaissance avec qui je m'étais lié avant mon déploiement en Irak. Nancy m'a demandé si je serais prêt à essayer une certaine technique appelée EFT pour m'aider à me libérer de mes émotions récurrentes. Elle m'a assuré qu'il s'agissait d'un outil « émotionnel » et non mental. J'ai accepté et nous avons passé au total de 4 heures à faire ce travail sur 2 jours. Les résultats ont été immédiats et je suis littéralement « retombé » dans mon corps, en abandonnant la posture défensive que j'avais adoptée dans mon esprit sans le savoir. Je sentais de nouveau mon corps et ne pouvais pas m'arrêter de pleurer et de rire. Je pouvais désormais être dans le moment présent et ne pas passer la moitié de mon temps à observer la situation telle qu'elle se passait. Je suis aussi devenu moins réactif au son des sifflets et des sirènes qui déclenchaient en moi une réaction de lutte ou de fuite, comme le faisaient les roquettes en Irak. Dans l'ensemble, j'ai retrouvé la qualité de vie que j'avais avant mon déploiement.

Pour moi, ce fut vraiment une technique de « libération émotionnelle ». Depuis, je vis constamment dans une spirale ascendante et

j'ai été capable de transformer mon passé en une force considérable. Nous avons travaillé sur chacun des souvenirs et chacune des émotions qui ne me laissaient pas en paix et je les ai « traitées ». J'ai aussi appris à « auto pratiquer » le protocole EFT, chose que je fais à chaque fois que quelque chose de nouveau émerge de mon passé.

* * *

Plutôt que de tomber dans l'engrenage vers le bas dans lequel plongent tant d'anciens combattants atteints du TSPT, et qui sombrent dans l'alcoolisme, la violence domestique, pour finir à l'hôpital, au chômage, ou même dans la rue, cet ancien combattant a continué ses études de psychiatrie. Il a largement contribué à apporter le protocole EFT à de nombreux autres anciens combattants souffrant du TSPT.

De nombreux thérapeutes ont découvert les mêmes effets lors de l'emploi de techniques EFT. Voici une lettre ouverte rédigée par la psychologue clinique Constance Louie-Handelman, ancienne capitaine de l'armée de réserve des États-Unis qui était chargée d'une base d'opérations avancées dans la province de Kandahar en Afghanistan. Elle écrit comment, après une seule séance de stimulations d'EFT, les soldats se sont trouvés nettement plus soulagés et plus calmes.



Figure 19. Séance d'EFT avec un ancien combattant.

Comment les techniques EFT aident les combattants en service actif

Constance Louie-Handelman, capitaine, USAR

J'ai commencé à enquêter sur l'EFT quand un ami m'a parlé de cette méthode. Bien que titulaire d'un doctorat en psychologie clinique, j'étais sans cesse à la recherche d'autres techniques efficaces susceptibles d'aider mes clients. J'ai étudié l'EMDR, la programmation neurolinguistique (PNL) et l'hypnothérapie.

Après avoir étudié et pratiqué les techniques EFT, j'ai découvert qu'elles étaient rapidement efficaces pour éliminer les peurs, les croyances limitantes, la souffrance et pour libérer les individus d'événements traumatisants. À chaque fois que je le pouvais, je me servais de protocoles EFT avec ma famille, mes amis et mes clients et j'ai obtenu d'excellents résultats à long terme. Cette méthode m'a paru tellement fiable que j'ai tout de suite su que j'avais quelque chose à offrir quand j'ai appris le taux élevé de suicides parmi les soldats américains.

J'ai été nommée capitaine dans l'armée de réserve des États-Unis en mars 2010 et ai été déployée en Afghanistan de juillet 2011 à mai 2012. Dans mon rôle de psychologue, j'étais chargée d'une base d'opérations avancées dans la province de Kandahar et ai officiellement vu 199 soldats individuellement (soit en 574 séances).

Après avoir établi un premier contact, et compris leurs problèmes et leurs besoins, je me suis servie du protocole EFT principalement pour aborder les problèmes de colère, de sommeil, de dépression et de stress.

Après un seul protocole de stimulations, les soldats étaient nettement plus détendus et plus calmes. Peu de temps après, les soldats ont rajouté des détails à propos de leurs problèmes, ou exprimé des soucis qu'ils avaient gardés pour eux pendant des années. Une fois qu'ils ont ressenti de profonds résultats positifs, il est devenu facile d'encourager les soldats à apprendre les techniques de stimulations, techniques qu'ils pouvaient pratiquer tous seuls en quelques minutes, afin de se libérer de problèmes passés, présents ou anticipés, en pratiquant le « tapping préventif », comme l'appelle l'un de ces soldats.

La facilité d'apprentissage et de pratique de ces stimulations est un élément important de l'EFT, puisque je ne voyais souvent chaque soldat que

pendant une séance.

Je me suis rendue compte du succès des techniques EFT lorsque les soldats ont pu reprendre leur plein service, tout en souhaitant en savoir plus sur les techniques EFT ou en envoyant d'autres soldats à mon bureau. Étant de retour aux États-Unis, je suis déçue d'apprendre que les techniques EFT ne sont pas acceptées par le ministère des Anciens Combattants des États-Unis (VA). Heureusement, le Veterans Stress Project (www.stressproject.org) offre des séances d'EFT gratuites aux anciens combattants de retour au pays.

Je ne peux qu'espérer que les autorités du VA se rendront rapidement compte de l'efficacité des techniques EFT pour aider des milliers d'anciens combattants qui souffrent, et réduire ainsi de façon spectaculaire le taux de suicides.

* * *

Si les souhaits du Dr Louie-Handelman quant à la reconnaissance de l'efficacité des techniques EFT par le VA n'ont pas encore été exaucés, des progrès ont été accomplis. À son retour de déploiement, elle a été embauchée par le centre des anciens combattants (Veterans Center) de San Francisco, où elle propose désormais des séances d'EFT aux anciens combattants.

Un traumatisme de l'enfance non résolu peut se transformer en maladie à l'âge adulte

Il existe un lien indéniable entre les traumatismes non-résolus de l'enfance et les maladies chez l'adulte. Si les expériences indésirables de l'enfance sont généralement considérées comme appartenant au domaine de « l'émotion » ou du « psychisme », et les troubles tels que le cancer, les maladies cardiaques, le diabète et l'hypertension artérielle classés d'ordinaire comme relevant du domaine du « physiologique », le corps ne fait pas ce genre de distinctions.

Dans les années 1990, Kaiser Permanente, une grande chaîne d'hôpitaux, a réalisé une étude marquante, en collaboration avec les centres américains de contrôle des maladies (CDC). Cette étude dénommée ACE (en anglais *adverse childhood experiences*, expériences négatives vécues durant l'enfance) a permis d'examiner la santé de 17 421 patients fréquentant les

hôpitaux Kaiser (Felitti et al., 1998). Les chercheurs ont constaté que les événements traumatisants de l'enfance étaient associés à des maladies physiques beaucoup plus tard dans la vie. On a demandé aux patients si ceux-ci avaient subi l'un des 10 événements traumatisants étudiés, tels que le fait d'avoir des parents qui ont divorcé, ou le fait d'avoir des parents toxicomanes ou souffrant de maladie mentale.

Les événements traumatiques de l'enfance se sont avérés être associés à tous les principaux risques pour la santé des adultes ou à leurs maladies, y compris fractures des os, cancers, maladies cardiaques, hypertension, dépression, tabagisme, suicide et diabète. De nombreuses autres études ont révélé une corrélation entre la souffrance psychologique et la détérioration physiologique (par exemple, Belanoff, Kalehzan, Sund, Ficek et Schatzberg, 2001 ; Ford & Erlinger, 2004).

Pour les traumatismes de l'enfance, le temps n'est pas le grand guérisseur qu'on aimerait qu'il soit. L'âge moyen des participants à l'étude ACE était de 57 ans, autrement dit, les événements traumatisants qui avaient conduit à la maladie avaient eu lieu un demi-siècle auparavant.

Les auteurs de l'étude ACE ont comparé l'orientation du système médical par rapport au traitement des maladies chez l'adulte à une brigade de pompiers dirigeant leurs extincteurs sur la fumée, plutôt que sur le feu. Ils ont recommandé que les soins de santé soient réorientés sur le traitement des traumatismes émotionnels qui sont la source de la plupart des maladies « physiques ». Si la distinction entre le « psychologique » et le « physique » peut être utile en médecine, le corps ne fait tout simplement pas ce genre de distinction.

La capsule à traumatisme

Que se passe-t-il lorsqu'un enfant fait l'expérience d'un événement si troublant que la conscience ordinaire ne parvient pas à l'assimiler ? Voici quelques exemples de tels événements : être battus sans raison, devenir l'objet du désir sexuel d'un parent, entendre des critiques gratuites, ou subir des blessures physiques. Les enfants ne comprennent pas que de tels événements n'ont rien à voir avec eux, qu'ils sont des produits de la conscience traumatisée des adultes qui les perpètrent. Incapables d'échapper à leur famille et ne disposant pas des ressources mentales pour traiter ces événements traumatiques, souvent ils se dissocient de telles

expériences.

Le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux 4^e édition (DSM-IV) décrit la dissociation comme étant «...une perturbation des fonctions habituellement intégrées de la conscience, de la mémoire, ou la perception de l'environnement » (American Psychiatric Association, 1994). Robert Scaer, médecin de la douleur (2012) décrit la dissociation de façon plus pratique comme étant « un état confus, distrait chez votre patient qui vous empêche de percer le brouillard pour établir un quelconque contact significatif. C'est le patient qui « quitte la salle » [émotionnellement] perdant tout contact avec vous lorsque vous avez à peine effleuré le propos traumatique significatif, ou lorsqu'une référence obtuse à un sujet supposé bénin provoque un court-circuit révélant un déclencheur traumatique dans leur mémoire. C'est l'état de confusion et de distraction que le patient décrit comme s'il avait subi une lésion cérébrale. »

Si l'on considère la dissociation comme un sérieux obstacle à un traitement psychologique efficace chez l'adulte, celle-ci peut remplir une fonction très utile pour l'enfant maltraité ou négligé. La dissociation permet d'isoler l'événement et permet à l'enfant de continuer à fonctionner. Elle encapsule l'événement traumatisant dans une capsule. Cette capsule permet à l'enfant de continuer à exister dans une famille dysfonctionnelle. En ce sens, il s'agit d'un phénomène hautement adaptatif, une compétence essentielle dans la vie. Le médecin de la douleur Robert Scaer (2007) parle de « capsule dissociative ». Dans nos ateliers EFT, nous parlons de « capsule à traumatisme ». En se protégeant des événements incompréhensibles terrifiants dans une capsule à traumatisme, l'enfant peut continuer à fonctionner dans une situation à laquelle il ne peut échapper.

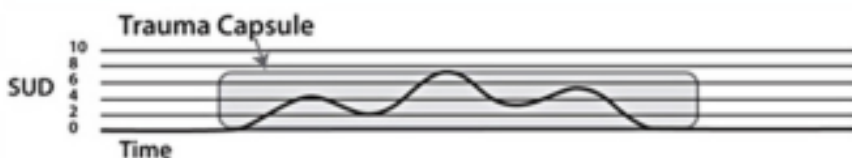


Figure 20. La capsule à traumatisme.

Scaer (2007) observe que le contenu de la capsule à traumatisme est figé dans le temps. L'événement est encapsulé avec toutes les informations de chaque canal sensoriel présent lors de l'événement. Les images, les sons, les odeurs et les sentiments du moment continuent tous d'exister au présent dans cette capsule.

Lorsque les individus décrivent un événement traumatique, ils utilisent souvent le temps présent. Ils décrivent l'événement comme s'il était justement en train de se passer, et non pas comme un événement de leur passé. Lors de nos ateliers EFT, nous formons les praticiens à être attentifs à l'emploi du temps présent, car ce phénomène tend à indiquer un glissement du client dans une capsule à traumatisme. La parole se charge alors généralement d'émotions, et les expressions faciales et les postures du corps du client évoluent en conséquence.

La valeur adaptative de la dissociation

La dissociation peut aussi avoir un rôle protecteur. Pour un enfant qui est maltraité physiquement ou molesté, le corps n'est pas un espace sûr pour lui. Le phénomène du toucher, la plus fondamentale de toutes les expériences de soins, devient une source de terreur. Se dissocier de l'organisme au cours d'un acte de violence peut être un mécanisme d'adaptation, qui offre à l'enfant un sentiment de distance psychologique de la violence.

Le dessin ci-dessous est typique des dessins faits par des personnes traumatisées, notamment des survivants de l'inceste. La figure de l'enfant se recroqueville, piégée dans le coin, incapable de fuir. La grande figure menaçante semble littéralement passer à travers son corps, symbole d'une incapacité à établir des limites. Elle a dessiné son corps sans visage. On distingue néanmoins un visage souriant dans le coin de la pièce, symbole de la dissociation. Si la forme de la pièce est représentée en trois dimensions, le visage souriant ne présente que deux dimensions. Il n'est relié à son corps que par la ligne d'angle de la pièce. Elle a échappé de son corps violé dans un univers heureux à deux dimensions représenté par le visage.



Figure 21. Dessin réalisé par une victime d'inceste.

Des imageries cérébrales de sujets dissociatifs montrent que, même lorsque l'on se rappelle d'événements hautement traumatisants, les centres émotionnels du cerveau sont fermés (van der Kolk, 2014, p. 71). Les clients dissociatifs peuvent décrire des événements horribles avec peu d'émotion, il s'agit de la perte de contact émotionnel décrite par Scaer. Si cela peut signifier la perte de contact émotionnel avec un thérapeute ou avec la personne à laquelle la personne dissociative parle, ce phénomène peut aller encore plus loin, jusqu'à la perte de contact de la personne avec son corps. Les personnes dissociatives peuvent se déconnecter de leur propre corps, ne montrant aucun signe physiologique de stress au rappel de souvenirs traumatisants. Souvent, leur mémoire présente des lacunes.

Le regard perdu à l'horizon

La dissociation peut se manifester sur le plan des émotions ou du psychisme quand les enfants maltraités passent à l'âge adulte. Ils peuvent être déphasés par rapport à leurs émotions et à leur corps. Lorsqu'il était à l'école de médecine de Harvard, van der Kolk était aussi directeur des loisirs du centre de santé mentale du Massachusetts. Il décrit des parties de basket-ball durant lesquelles les patients étaient « étonnamment maladroits et physiquement non coordonnés » (2014, p. 26).

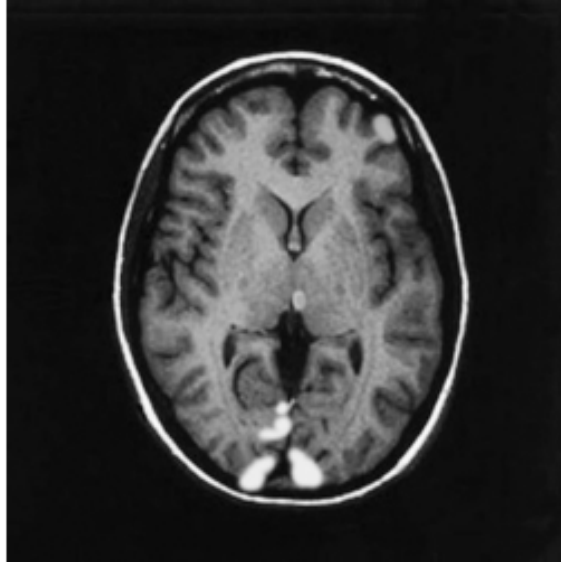


Figure 22. L'arrêt total de presque toutes les régions cérébrales est l'une des réponses à un traumatisme accablant. Seules quelques régions restent actives.

Ce manque de structure touchait jusqu'à leur discours : « Même leurs conversations les plus détendues semblaient guindées, dénuées de la fluidité des gestes et des expressions faciales » qui caractérisent les interactions sociales normales. L'auteur du dessin ci-dessus, une survivante de l'inceste, pourra, à l'âge adulte, se dissocier au cours de ses rencontres sexuelles avec des hommes, en s'évadant dans un espace privé sans aucun lien avec sa réalité physique actuelle.

Le psychologue Jerry Wesch, ancien directeur du programme « Warrior Combat Stress Reset » à Fort Hood au Texas, parle de « regard perdu à l'horizon ». Lorsque les anciens combattants commencent à parler d'un événement traumatique, ils perdent contact avec l'ici et le maintenant, suspendent le contact visuel avec le thérapeute et se réfugient dans un lieu privé dans leur esprit. Même si leur corps est en sécurité à l'intérieur de la salle de traitement avec le thérapeute, leur esprit est entièrement ailleurs. Ils ont la tête dans la capsule à traumatisme où ils revivent toutes les vues et les sons du traumatisme, comme si tout était en train de se passer ici et maintenant. Ils perdent le contact avec le présent.



Figure 23. J'ai formé le personnel du programme « Warrior Combat Stress Reset » à Fort Hood.

Les anciens combattants recourent fréquemment aux services médicaux. Outre les maladies diagnostiquées, ils présentent de nombreux autres symptômes qui ne peuvent être attribués à une cause médicale. Les recherches effectuées par mon équipe auprès d'anciens combattants ont montré que le TSPT est associé à des niveaux élevés de symptômes de somatisation, soit des symptômes physiques « d'étiologie inconnue » (Church, Hawk et al., 2013). Les fillettes ayant subi des abus sexuels, dont parlent Trickett, Noll et Putnam (2011), présentaient également des déficits sur le plan de la régulation émotionnelle et physique, déficits se caractérisant par des dérèglements hormonaux, un manque d'empathie vis à vis de la souffrance émotionnelle des autres, des relations sociales de qualité médiocre et des taux élevés de comportements automutilateurs, tels que l'usage de lames de rasoir pour se taillader le corps. Leurs relations avec leurs émotions, leur corps et leur communauté étaient toutes devenues dysfonctionnelles. Ayant appris que leur corps n'était pas un endroit sûr pour y loger leur identité, les personnes traumatisées la déplacent ailleurs.

Bien que nous puissions classer les symptômes « physiologiques » ou « médicaux » sous un diagnostic de physique, et les troubles « psychologiques » comme les phobies, la dépression et stress post-traumatique sous un diagnostic relevant du « mental », ils représentent souvent les deux faces d'un même phénomène. Van der Kolk (2014, p. 188) note que les anciens combattants plus âgés de la Seconde Guerre mondiale

sont plus à l'aise lorsqu'ils décrivent leur anxiété en termes de symptômes physiques, tandis que les jeunes anciens combattants des dernières guerres au Moyen-Orient ont davantage de facilités à parler de leurs problèmes de santé mentale, mais il s'agit là tout simplement de cadres de référence de traumatisation différents.

Le traumatisme qui résulte des expériences de la petite enfance avec les personnes qui s'occupent de l'enfant est plus difficile à traiter que les traumatismes acquis à l'âge adulte (van der Kolk, 2014, p. 210). Pour l'ancien combattant, la source du traumatisme est un ennemi clairement défini. Pour l'enfant, la source du traumatisme est un gardien, une personne dont l'enfant s'attend à ce qu'elle soit nourricière et prenne soin de lui. Cette violation des attentes à un moment où le cerveau se forme se traduit par une blessure émotionnelle très profonde que Van der Kolk qualifie de « traumatisme développemental » ; il fait valoir qu'en raison de ses caractéristiques uniques, on doit le classer dans une nouvelle catégorie de diagnostic dans le DSM.

Les techniques EFT sont uniques parmi toutes les approches thérapeutiques car elles incorporent délibérément et systématiquement à la dissociation au processus de guérison. Les techniques EFT reconnaissent que la dissociation peut remplir une fonction protectrice. Dans *The EFT Manual* (Church, 2013), trois « techniques douces » sont décrites pour travailler sur des événements si traumatisants qu'ils ne peuvent pas être abordés dans un état de conscience ordinaire. Ces trois techniques douces permettent au client de se dissocier juste suffisamment pour se sentir en sécurité, tout en pratiquant les stimulations. Cette technique permet d'établir suffisamment de distance psychologique par rapport à l'événement pour permettre au client d'entamer le processus de guérison. Le sentiment de sécurité ressenti qu'engendrent ces techniques douces démontre rapidement au client qu'il lui est possible de réduire le degré de déclenchement émotionnel par rapport à l'événement. Ainsi encouragé, le client se rapproche de l'événement à son propre rythme, en s'en dissociant de moins en moins jusqu'à ce qu'il ou elle soit en mesure de puiser dans le souvenir en soi sans s'en dissocier.

L'une de ces techniques, nommée le « traumatisme sans larmes », permet aux clients d'introduire autant de couches de dissociation entre eux-mêmes et l'événement qu'ils le souhaitent. Lors d'un atelier EFT, j'ai travaillé avec une cliente qui avait été sexuellement agressée à l'âge de 2 ans. Les événements traumatisants de l'enfance de « Susie » avaient affecté ses

relations sexuelles à l'âge adulte. « J'ai cette barrière de béton à la taille qui me coupe de tout ce qu'il y a en dessous », avait-elle déclaré.

Ne pouvant pas supporter l'idée même de cet événement, elle a mis l'événement « dans une boîte » sous huit cadenas pour la fermer. Cela n'ayant pas suffi à mettre suffisamment de distance entre elle et cet événement pour qu'elle se sente en sécurité, nous avons placé la boîte à l'intérieur d'un coffre blindé aux parois métalliques épaisses. Nous avons mis le coffre blindé à l'intérieur d'un coffre-fort de banque. J'ai demandé si Susie voulait que la banque se situe dans un autres pays, et elle a dit: « Non, la banque est sur Mars ». C'est seulement une fois que l'événement traumatique a été placé dans une boîte, à l'intérieur d'un coffre blindé, à l'intérieur d'un coffre-fort, sur une autre planète, qu'elle a pu se sentir en sécurité. Nous avons utilisé une échelle allant de 0 (aucune souffrance mentale) à 10 (souffrance mentale maximale) pour évaluer sa peur (Wolpe, 1958). La banque étant sur Mars, son score était de 3 sur 10.

Nous avons commencé les stimulations, et la cote de souffrance mentale de Susie est passée à 0. Lorsque nous avons fait revenir la banque de Mars à la Terre, sa cote de souffrance mentale est repassée à 8, nous avons alors recommencé à stimuler jusqu'à ce qu'elle retombe à 0. Puis, nous avons extrait le coffre blindé du coffre-fort, et sa cote de souffrance mentale est repassée rapidement à 10 du fait que la barrière de protection dissociative avait disparu. Nous avons effectué des stimulations jusqu'à ce qu'elle repasse une fois de plus à 0, après quoi elle a sorti la boîte du coffre-fort.

En recommençant l'EFT, Susie est retombée à 0, puis elle a enfin été prête à ouvrir les cadenas. Une fois ceux-ci enlevés, elle était de nouveau repassée à 10, mais le protocole EFT l'a rapidement ramenée au point où elle était enfin prête à ouvrir la boîte. Elle a ouvert la boîte, sa cote de souffrance mentale est remontée jusqu'à 8, et nous avons alors pratiqué les stimulations à propos de l'événement lui-même. Sa cote de souffrance mentale est enfin repassée à 0. Je lui ai alors posé des questions sur la barrière de béton autour de sa taille. Elle a répondu : « Elle s'est transformée en sable de mer emporté par le vent ».

La technique du « traumatisme sans larmes » a permis à Susie d'établir de multiples couches de sécurité entre elle-même et l'événement traumatisant. Nous avons utilisé la dissociation délibérément afin d'établir suffisamment de distance par rapport au traumatisme pour pouvoir

commencer à travailler dessus. Cela ne s'est pas passé en une « minute miraculeuse », comme cela se produit souvent avec l'EFT ; la séance a pris environ 45 minutes, mais elle a permis à Susie de résoudre le traumatisme de l'enfance autour duquel toute sa vie avait jusqu'alors pivoté. Elle l'a abordé à son propre rythme, en recourant à autant de niveaux de distance que nécessaire pour se sentir en sécurité. En ma qualité de coach, j'étais à peine un guide, me contentant de suivre son exemple en utilisant le protocole EFT sur la cible qu'elle présentait.



Figure 24. La pression sur les points d'acupuncture peut être aussi efficace que l'utilisation d'aiguilles.

Quand un souvenir traumatique a été résolu avec succès, le client commence spontanément à employer le passé pour en parler, car ce souvenir fait désormais partie de son histoire, et non plus de son présent. Le langage émotionnel et les postures du client vont refléter ce changement. La résolution peut se constater dans certains changements cognitifs, car ils perçoivent alors l'événement différemment. Ils parlent de l'événement à partir d'un lieu de sécurité psychologique, sans agir comme si l'événement était une menace immédiate à leur survie physique. Il est bien perçu comme appartenant au passé, plutôt que d'être perçu de façon mal placée dans le présent. Susie passe d'une description d'une barrière de béton autour de sa taille au temps présent, à du sable emporté par le vent en employant le passé. Les changements cognitifs tels que des changements d'usage de temps sont des indices essentiels à l'avancement du processus de guérison.

Caresser le chien qui se niche en soi

Stimuler les points d'acupuncture apaise le corps. Cette pratique envoie un signal de sécurité au cerveau émotionnel qui neutralise le signal de stress provenant d'un souvenir traumatique. Les études basées sur l'imagerie cérébrale montrent que l'acupuncture bloque les centres de la peur du cerveau, par la régulation d'une stimulation excessive de l'amygdale (Napadow et al, 2007 ; Hui et al, 2005; Fang et al., 2009). La pratique de l'EFT parle aux parties du cerveau qui répondent au toucher et aux autres stimulations sensorielles, et non au néocortex, siège de la raison. C'est la raison pour laquelle je parle de « caresser le chien qui se niche en soi ».

L'acupression aide les personnes dissociées à se sentir en sécurité dans leur corps, parfois pour la première fois de leur vie. Cela leur permet d'établir une base de sécurité à partir de laquelle ils peuvent entamer le processus de guérison, et de commencer à débarrasser leurs capsules à traumatisme, comme l'a fait Susie. Des essais randomisés contrôlés montrent qu'outre le traitement fructueux des symptômes du TSPT chez les anciens combattants traumatisés, le protocole EFT réduit les symptômes de « somatisation », cette gamme de malaises physiques déroutants qui ne présentent aucune cause médicalement discernable (Church, Hawk, et al., 2013 ; Geronilla, McWilliams et Clond, 2014).

L'une de nos trois techniques douces vise spécifiquement les symptômes physiques. On la nomme « chasser la douleur », et elle est efficace pour les clients qui ont du mal à parler de leurs émotions, mais qui sont tout à fait disposés à décrire leurs symptômes physiques. Les anciens combattants en général et les anciens combattants âgés en particulier sont notoirement réticents à parler de leurs problèmes de santé mentale, mais décrivent aisément leurs symptômes physiques, car il s'agit de symptômes « médicaux » et « objectifs » et ne sont pas stigmatisés comme le sont les « problèmes émotionnels » (van der Kolk, 2014, p. 19).

Le TSPT, l'anxiété et la dépression comme déséquilibres chimiques dans le cerveau

Au cours du siècle dernier, les physiologistes ont fait de nombreuses découvertes passionnantes sur le corps. La première hormone à être découverte fut l'adrénaline (épinéphrine) en 1900. En 1921, le premier neurotransmetteur, l'acétylcholine, a été identifié. La nouvelle découverte

de ces molécules de protéines essentielles et de leur lien avec les émotions humaines marqua le départ d'une course à la recherche de médicaments pouvant en modifier l'action.

Les médicaments pharmaceutiques ont permis de réaliser des améliorations sans précédent sur le plan de la santé humaine au cours des 150 dernières années. Imaginez un monde sans antibiotiques ni analgésiques. Cependant, les médicaments ayant été spectaculairement efficaces pour traiter certains troubles tels que les maladies infectieuses, le modèle pharmaceutique en est arrivé à dominer la médecine, venant se substituer à l'auto efficacité et aux approches non pharmacologiques comme la psychothérapie et les remèdes naturels.

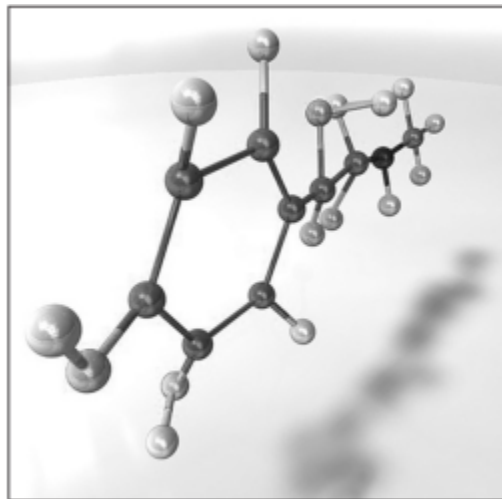


Figure 25. Molécule d'adrénaline.

Voyant une femme d'une vingtaine d'année se faire bronzer au soleil il y a quelques années, ma femme, qui m'accompagnait, lui a demandé : « N'avez-vous pas peur du cancer de la peau ? ». Elle a haussé les épaules en disant : « Bientôt, les médecins auront une pilule pour ça ». Elle était si confiante dans des remèdes miracles qui n'ont pas encore été découverts qu'elle en était prête à parier sa propre santé, abdiquer la responsabilité de son propre bien-être dans le présent et le confier à des médecins imaginaires du futur qui produiraient un remède magique pour parer les dégâts de sa propre négligence à l'égard d'elle-même.

Le modèle biomédical en est arrivé à dominer l'imagination populaire, ainsi que les professions de la médecine et de la psychologie. Au milieu du XX^e siècle, la psychothérapie était la manière dont on traitait la plupart des maladies mentales. Aujourd'hui, les traitements médicamenteux se sont

substitués à la psychothérapie. Le fonctionnement du cerveau humain est considéré comme une question de chimie plutôt que de choix ou de comportement. Selon un manuel de référence : « La cause de la maladie mentale est désormais considérée comme une aberration du cerveau, un déséquilibre chimique » (Deacon et Lickel, 2009).

Les limites de cette approche sont néanmoins devenues douloureusement manifestes. Aujourd'hui, les ordonnances d'analgésiques tuent davantage de personnes chaque année que des armes à feu ou des accidents de la route (van der Kolk, 2014, p. 349). Si une prescription prudente et appropriée d'antidépresseurs et d'autres médicaments psychotropes peut aider certains patients, ces médicaments sont prescrits à outrance par rapport aux préconisations de la science.

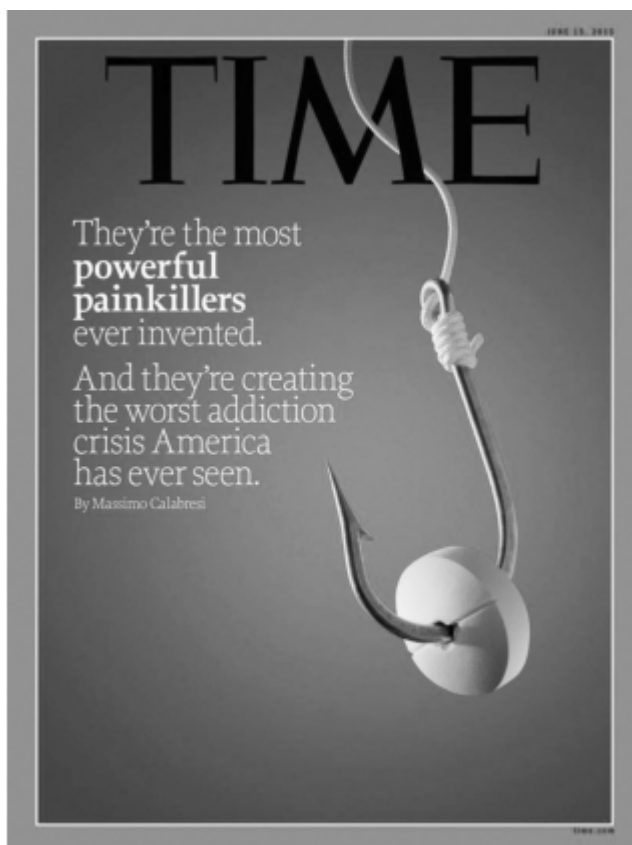


Figure 26. *Time Magazine* – Analgésiques : une addiction douloureuse à payer.

Le nombre d'antidépresseurs prescrits par ordonnance ayant grimpé en flèche, il serait logique que les taux de dépression aient chuté, mais c'est l'inverse qui se passe. Le nombre de personnes diagnostiquées comme

souffrant de dépression a doublé au cours de la dernière décennie (Hidaka, 2012).

Dans son ouvrage, *Anatomy of an Epidemic*, Robert Whitaker, journaliste médical, décrit des recherches qui montrent que, pour la plupart, ces médicaments ont des effets secondaires graves, et que l'utilisation à long terme d'antidépresseurs peut effectivement causer une dépression chronique en perturbant le fonctionnement normal du cerveau (Whitaker, 2011).

La VA pourrait avoir soulagé le TSPT pour la moitié du coût d'un seul médicament

Au cours de la première décennie de ce siècle, aux États-Unis la Veterans Administration (VA, bureau des anciens combattants aux États-Unis) et le département de la Défense (DOD) ont dépensé 791 millions de dollars pour mettre au point un médicament appelé la rispéridone (Tal, 2013). Présenté au départ comme un traitement pour le TSPT, un essai clinique publié dans le *Journal of the American Medical Association* a finalement montré que ce produit n'était pas plus efficace qu'un placebo (pilule inerte de comparaison) (Krystal et al., 2011).

Prenant des airs de solution rapide, la délivrance d'ordonnances pour le TSPT et d'autres problèmes de santé mentale tels que la dépression et l'anxiété est devenue la norme dans l'armée. Dans l'intervalle, le Pentagone et la VA repoussent les tentatives renouvelées d'évaluer les techniques EFT, qui sont un traitement comportemental fondé sur des preuves, pour traiter le TSPT. Des études sur les techniques EFT ont été présentées à la VA dès 2008 ; le sénateur Carl Levin, président du comité des anciens combattants du Sénat, a alors écrit une lettre personnelle au Secrétaire aux Anciens combattants, Eric Shinseki, en y joignant les premiers résultats d'une étude montrant des anciens combattants en pleine récupération du TSPT après avoir été traité avec des protocoles EFT (Church, Geronilla, & Dinter, 2009). Trois autres membres du Congrès ont écrit à M. Shinseki une nouvelle fois en 2010, pour lui signaler de nouvelles recherches et d'autres preuves. Ils proposaient sept étapes simples et gratuites pour aider les anciens combattants à avoir accès aux techniques EFT, notamment en faisant circuler des copies des essais cliniques aux professionnels de la santé mentale de la VA. Aucune de ces étapes n'a été adoptée. En septembre 2013, Tim Ryan (D-Ohio), membre du Congrès, a écrit une autre lettre au

Secrétaire Shinseki, cette fois préconisant les techniques EFT en se fondant sur 11 essais cliniques. Comme toutes les autres, cette lettre a été repoussée, la VA refusant d'examiner les éléments de preuve, d'effectuer ses propres recherches, d'orienter les patients vers le Veterans Stress Project, ou de prendre toute autre mesure visant à proposer les techniques EFT aux anciens combattants en souffrance.

En revanche, le coût de six séances avec un professionnel de l'EFT pour chacun de ces anciens combattants revient à un total de 300 millions de dollars. Moins de la moitié de ce que l'armée a déjà dépensé en rispéridone aurait pu assurer la procuration d'un traitement comportemental efficace et sans danger pour tous les anciens combattants atteints de TSPT. Si les résultats sont aussi bons que ceux obtenus dans le cadre des études réalisées, près de neuf sur 10 de ces anciens combattants seraient aujourd'hui remis de leur TSPT.

Dans l'intervalle, les rouages de la machine à médicaments sur ordonnance restent bien huilés. En 2012, selon un rapport d'enquête publié dans l'*American-Statesman*, « le Pentagone a dépensé davantage en comprimés, injections et vaccins que le budget total en hélicoptères Black Hawk, chars Abrams, avions-cargos Hercules C-130 et missiles Patriot » (Smith, 2012).

L'idée largement répandue selon laquelle il existe un médicament pour tout pousse les individus et les gouvernements à chercher des solutions médicales plutôt que de favoriser une action personnelle qui leur permet de se prendre en charge. Si notre société moderne possède une impressionnante gamme de ressources médicales, celles-ci ne peuvent pas se substituer à la prise en charge de l'individu par lui-même.

Top drug sales

Top drug sales estimates for military and retail pharmacies, 2002-2011

Brand	Combined sales
Lipitor	\$1,317,000,000
Plavix	\$1,317,000,000
Advair	\$1,148,000,000
Nexium	\$983,000,000
Singulair	\$973,000,000
Celebrex	\$903,000,000
Zocor	\$781,000,000
Prevacid	\$670,000,000
Aciphex	\$664,000,000
Actos	\$613,000,000
Enbrel	\$594,000,000
Effexor	\$494,000,000
Fosamax	\$481,000,000
Ambien	\$417,000,000
Zyrtec	\$413,000,000

Sources: TRICARE; Defense Logistics Agency

Figure 27. Ventes aux militaires des médicaments les plus prescrits sur ordonnance.

Military drug sales increase

Top 5 pharmaceutical companies sales estimates to the Department of Defense, 2002-2011, based on retail and military pharmacy sales. Excludes mail-order purchases.

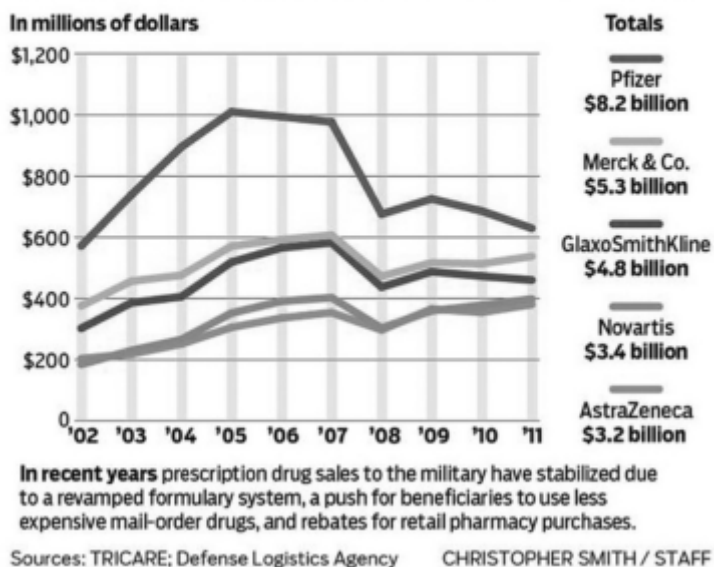


Figure 28. Accroissement des recettes des grandes marques de produits pharmaceutiques lié à la vente aux militaires.

La responsabilité de notre bien-être repose sur les épaules de chacun, et n'est pas entre les mains de nos médecins et psychologues. Ils sont là pour soutenir notre santé, non pas pour nous guérir de façon magique. Grâce à des pratiques telles que le yoga, la pleine conscience, la relaxation et les protocoles EFT, nous pouvons réguler notre propre physiologie, y compris nos neurotransmetteurs, hormones, gènes et ondes cérébrales. Nul besoin d'ordonnance.

Méditer comme un maître

Un corps structuré peut réguler un esprit déstructuré. Plus de 80 % des fibres nerveuses du nerf vague sont « afférentes », autrement dit, elles se dirigent du corps vers le cerveau plutôt que l'inverse. Le yoga et de qi gong sont d'anciennes pratiques grâce auxquelles leurs adeptes régulent leur respiration pour se calmer l'esprit ; les postures de hatha-yoga ont été initialement développées comme prélude à la méditation. Quand nous nous engageons consciemment et délibérément dans des pratiques qui produisent le calme physique, nous signalons au cerveau limbique que nous sommes en sécurité sur le plan physiologique.

En 2008, j'ai beaucoup voyagé en prononçant de nombreux discours introductifs afin de partager les idées que j'expose dans mon ouvrage *Le Génie dans vos Gènes (The Genie in Your Genes)*. J'ai ainsi eu l'occasion de m'entretenir avec des scientifiques au sujet de ces pratiques de régulation physiologique et sur les raisons pour lesquelles elles sont si efficaces pour relever les défis de santé mentale tels que l'anxiété et la dépression. J'avais également commencé à méditer chaque matin quelques années auparavant.

En étudiant les états physiologiques de maîtres de la méditation, j'ai compris que certaines caractéristiques leur étaient communes. Lorsque l'on médite profondément, les ondes bêta, qui caractérisent le fonctionnement normal du cerveau, disparaissent, tout comme le fait l'onde bêta haute fréquence qui est l'onde cérébrale caractérisant l'anxiété. Les ondes alpha, associées à un état de vigilance détendue, sont présentes. Les deux ondes cérébrales lentes, l'onde thêta et l'onde delta, qui prédominent pendant le sommeil, l'hypnose, la transe, et les états d'apprentissage intensif, prennent de l'ampleur. L'onde thêta est aussi l'onde dominante des guérisseurs lors de leurs séances thérapeutiques (Beck, 1986). L'onde la plus rapide de toutes les ondes cérébrales est l'onde gamma, associée aux éclairs d'intelligence qui coordonnent les informations provenant simultanément de nombreuses régions du cerveau.

Dans un état de profonde méditation, le SNA est en mode de relaxation, l'activité du SNP étant prédominante. Je me suis également familiarisé avec les techniques de cohérence cardiaque enseignées par l'institut HeartMath. En raccordant des personnes en méditation à un moniteur de cohérence cardiaque, j'ai découvert qu'en général ils n'étaient pas dans un état de cohérence cardiaque. On peut néanmoins former ces personnes pour qu'elles entrent en cohérence cardiaque et se maintiennent dans cet état pendant qu'elles méditent. Les pratiques anciennes telles que le souffle Ujjai enseigné dans le yoga place automatiquement leurs adeptes en état de cohérence cardiaque et envoient des signaux pour que le SNA passe en mode de relaxation.

J'ai combiné ces pratiques avec le « neurofeedback » et ai commencé à enseigner la formule entière comme forme de méditation, que je nomme « écoméditation ». L'écoméditation contourne les enseignements spirituels et les systèmes de croyances qui accompagnent habituellement la méditation. Elle permet simplement à ses adeptes d'entrer dans l'état physiologique d'un maître de la méditation en reproduisant la respiration, la cohérence cardiaque, la posture physique et les ondes cérébrales

caractéristiques d'un maître. Ce mode de méditation facile à pratiquer permet d'atteindre cet état en 90 secondes seulement. Elle ne nécessite aucune formation et les instructions ne font qu'une seule page (EcoMeditation.com).

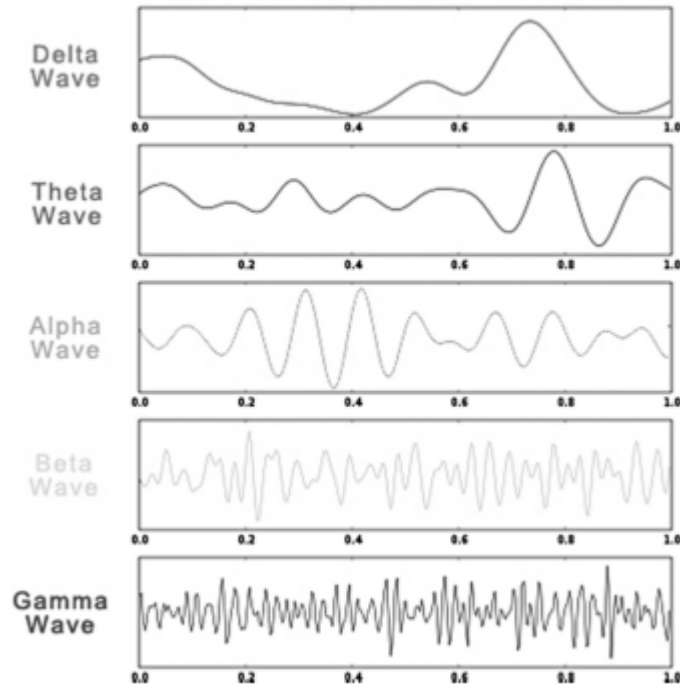


Figure 29. Les ondes cérébrales.

J'ai à ce jour enseigné l'écoméditation à des milliers de personnes, dont la plupart avaient déjà pratiqué la méditation, mais pour qui la pratique régulière était trop difficile. En 90 secondes, les personnes d'une salle entière sont en cohérence cardiaque, détendues, et présentent une activité prédominante du SNP. Les ondes thêta prédominent dans leur cerveau, qui présente alors également des ondes alpha et delta résiduelles. Une simple période d'introduction de 90 secondes me permet de les maintenir dans cet état pendant 15 à 20 minutes, puis de recentrer leur attention sur l'environnement qui les entoure. L'ensemble de ce processus prend moins d'une demi-heure et je structure cette expérience pour démontrer que la pratique régulière de la méditation ne doit ni être difficile ni onéreuse en temps. Une fois qu'ils ont maîtrisé les principes de cette autorégulation, et remarqué à quel point ils se sentent bien physiquement, ils sont souvent motivés pour faire de cette pratique une partie intégrante de leur journée. Cette prise en charge personnelle est à la portée de presque tout le monde.

Quand on pratique la prise en charge responsable de soi-même, on est

beaucoup moins susceptible d'avoir besoin d'une intervention médicale. Le temps de récupération suite à une intervention chirurgicale pour les personnes en bonne santé est beaucoup plus court. En situation de crise qui nécessite une intervention médicale, une gamme fantastique de médicaments et de techniques chirurgicales modernes s'offre à nous, nous permettant ainsi de bénéficier du meilleur des deux mondes. Prendre soin de soi et avoir accès à une médecine de bonne qualité sont deux éléments essentiels, qui sont loin de s'exclure mutuellement.

Quelles sont les approches vraiment efficaces pour les personnes souffrant de TSPT ?

L'un de mes héros de la médecine est un psychiatre nommé Joseph Wolpe. Pratiquement oublié de nos jours, il fut l'une des figures les plus influentes de la psychologie au milieu du XX^e siècle. Après la Seconde Guerre mondiale, il a traité des centaines d'anciens combattants souffrant d'obusite, le nom officiel donné au traumatisme de la guerre avant l'apparition du diagnostic du TSPT.

De formation freudienne, il fut rapidement désillusionné par la psychanalyse. Il s'aperçut que la « cure parlante » n'avait guère d'utilité pour les anciens combattants en état de choc. Parler de leurs expériences ne faisait que de les désespérer davantage, car ils revivaient alors l'horreur de ce qu'ils avaient vécu. Après la guerre du Vietnam, le psychologue Charles Figleya donné à ce phénomène le nom de « retraumatisation » (Figley, 1986). Rappeler un événement traumatique peut mettre en place les mêmes réponses neurophysiologiques déclenchées par l'événement d'origine. Au moment où les circuits neuronaux engagés au cours de l'événement d'origine sont activés, le processus de neurogenèse commence, et les faisceaux neuronaux qui transportent les signaux sont renforcés. Wolpe est allé jusqu'à dire que, pour une personne traumatisée, parler de l'événement était pire qu'inutile : c'était néfaste.

Au même titre que les souvenirs de guerre anéantissants, le traumatisme de la petite enfance est profondément encodé dans le réseau neuronal. Le cerveau des nourrissons se caractérise par la prédominance des ondes delta, tout comme les états de sommeil profond, d'apprentissage intensif, de transe et d'hypnose (Lipton, 2008). Les nouveau-nés dorment la plupart du temps, ne sortant des ondes delta que pendant de bref moments. Par la suite ils passent en mode thêta, qui prédomine chez l'enfant

de 2 à 5 ans (Geary et Huffman, 2002). Le mode thêta caractérise l'état de sommeil paradoxal, dans lequel les rêves les plus vifs se produisent, et l'état delta est caractéristique du sommeil non paradoxal. L'onde thêta est aussi l'onde dominante pendant l'hypnose, la transe, la méditation, la créativité, la tranquillité et le sentiment d'être « à l'aise ». Dès l'âge de 6 à 12 ans, les ondes alpha prédominent, et à partir de là, c'est l'onde bêta qui caractérise la pensée consciente de notre cerveau.

Ces stades évolutifs de la fonction cérébrale sont porteurs de profondes implications pour la compréhension du traumatisme. Quand un enfant en phase thêta et delta est soumis à des événements traumatisants, il ne possède pas la capacité cognitive de raisonner ou de faire face à cette expérience. Lorsque le cerveau est dans la transe de l'apprentissage intensif, ces pistes de souvenirs sont fixées à un niveau préverbal. Cet apprentissage émotionnel est profondément ancré dans les circuits neuronaux qui se forment tôt dans la vie et sont renforcés par la plasticité neuronale. Ils sont difficiles à traiter par la suite, car ils ont été si fortement conditionnés et se sont formés avant l'acquisition du langage.

Au cours des 18 premiers mois de vie, le système limbique est la région du cerveau qui présente la plus forte croissance. C'est aussi la partie du cerveau qui régit la connectivité sociale. Quand un jeune enfant a des expériences d'attachement désorganisé avec la ou les personne(s) qui s'occupe(nt) de lui, celles-ci sont incorporées dans le système limbique croissant et façonnent le fonctionnement ultérieur du cerveau de cette personne à l'âge adulte.

Si les thérapies cognitives ou l'élément verbal des protocoles EFT peuvent être efficaces pour traiter les traumatismes vécus plus tard dans l'enfance, elles ont un certain mal à atteindre les premiers traumatismes vécus avant le développement des fonctions cognitives menées par le cerveau en mode alpha et bêta. Les enseignements sur la sécurité, la sûreté, les relations et l'attachement qui sont acquis au cours de la transe de l'apprentissage intensif en mode thêta delta de la petite enfance sont presque impossibles à désapprendre plus tard. Ils façonnent la vision du monde et le cerveau d'un individu pendant toute sa vie, en créant une lentille neurologique au travers de laquelle toute expérience ultérieure sera envisagée. Une expérience bouleversante à l'âge adulte comme la guerre peut aussi se traduire par un apprentissage émotionnel profond et une dérégulation cérébrale qui en découle et qui est caractéristique du stress post-traumatique.

Wolpe expérimenta toute une gamme d'approches, dans une tentative créative de « contrecarrer le conditionnement » des réponses conditionnées que les anciens combattants qu'il traitait présentaient au rappel de souvenirs stressants. Il finit par découvrir que le meilleur remède était la respiration diaphragmatique. Les anciens combattants se concentraient sur leur respiration tout en se remémorant l'événement, et l'association entre la respiration et le souvenir suffisait souvent à neutraliser l'impact émotionnel de ce souvenir. C'est aussi à Wolpe que l'on doit la simplicité et l'élégance de l'échelle que nous utilisons dans les techniques EFT, échelle qui représente une cote d'anxiété répartie en « unités subjectives de détresse » (Wolpe, 1958) que l'on peut aussi traduire en français par niveau d'anxiété subjective. On a invité des sujets à évaluer leur degré d'anxiété émotionnelle de 0 (aucune détresse) à 10 (le plus haut degré d'anxiété possible) en se remémorant l'événement. Une baisse de cette cote indique la réussite du traitement.

Rester dans son corps

L'obtention d'une valeur de Niveau d'Anxiété Subjective - NAS- (de 0 à 10) toutes les quelques minutes encourage également les clients à rester à l'écoute de leur corps. Van der Kolk estime que faire en sorte que les anciens combattants « réinvestissent leur corps » est l'une des caractéristiques de la réussite du traitement (2014, p. 47). Une autre est de les ramener au moment présent. Au moment de leur traumatisation, ils ont appris à échapper à l'horreur qu'ils subissaient en se dissociant de cet événement consciemment en échappant à leur ici et maintenant. Les traitements efficaces leur permettent de se remettre en phase avec leurs sensations physiques et la réalité du présent.

À l'époque de Wolpe, personne ne pratiquait encore la stimulation des points d'acupuncture dans le monde occidental, mais dans le cadre des techniques EFT, on continue à employer la même méthode d'évaluation grâce aux NAS (Niveau d'anxiété Subjective appelé aussi Unité Subjective de détresse qui est la traduction littérale de *Subjective Unit of distress* ou *SUD*, et on met le même accent sur le moment présent et sur la conscience du corps. Ce que la respiration diaphragmatique de Wolpe et les techniques EFT ont en commun est qu'elles empêchent le client de se dissocier en maintenant un accent ferme sur le présent physique. Parmi les autres thérapies efficaces telles que l'EMDR et la Somatic Experiencing font exactement la même chose. Ces thérapies maintiennent le client dans le

moment présent, et dans leur corps, tout en rappelant un traumatisme passé.

Dans le cadre de toutes ces approches thérapeutiques, l'expérience immédiate de la sécurité physique contrecarre efficacement le conditionnement à l'ancienne réponse au stress. Même si la personne traumatisée repense à un événement stressant, ces approches axées sur le corps leur rappellent qu'ils sont en sécurité dans l'ici et le maintenant. Ces techniques permettent de rompre l'association dans le système limbique du cerveau entre le souvenir stressant et la réaction de lutte ou de fuite. Une fois que l'association est rompue une seule fois, elle est généralement rompue pour de bon. Voilà pourquoi les études à long terme qui suivent les participants longtemps après leurs séances de thérapie EFT découvrent que leur récupération est permanente.

Les thérapies par la parole peuvent être efficaces, et certaines approches telles que la thérapie cognitivo-comportementale s'avèrent fructueuses sur la durée. Il n'en reste pas moins que, chez les personnes traumatisées, parler de leurs problèmes peut les faire retomber dans le traumatisme. Dans une vaste étude réalisée sur des anciens combattants souffrant du TSPT et inscrits dans un programme thérapeutique dans un hôpital de la VA, neuf sur dix d'entre eux n'ont pas terminé le programme en question (Seal et al., 2010). De nombreux anciens combattants que nous avons vus lors de notre programme de six séances d'EFT offert au Veteran Stress Project après avoir abandonné les programmes offerts par la VA nous ont raconté cela. On les entend dire : « Parler de la guerre n'a fait qu'accroître mon mal-être ». Dans une étude de la thérapie cognitivo-comportementale appliquée au TSPT, le traitement n'a eu aucun effet sur la moitié des participants (Monson et al., 2006), contrairement aux études sur les technique EFT qui montrent une récupération permanente chez plus de 80% des anciens combattants concernés.

Réduire les hormones du stress

En 2005, j'ai vécu une expérience frappante en observant un groupe de praticiens d'EFT stagiaires. Leur incompétence me laissa pantois. Ils passaient à côté d'indices physiques évidents de leurs clients, par exemple profonds soupirs et détente au niveau des épaules. Ils ne relevaient pas des indices verbaux tels que des changements de perspective psychologique, le pardon et l'acceptation. Ils ne connaissaient pas l'emplacement exact des points d'acupuncture, et ils stimulaient souvent loin du but. Ils essayaient

trop de faire descendre le niveau d'anxiété subjective (NAS), au lieu de suivre et de valider l'expérience du client. Ils appliquaient les techniques EFT de façon mécanique plutôt qu'écologique. Toutes ces erreurs étaient compréhensibles dans le cadre de leur apprentissage.

Ce qui m'a vraiment frappé cependant, malgré les lacunes de ces praticiens, c'est que les clients obtenaient des résultats malgré tout. Les résultats n'étaient pas aussi bons qu'ils auraient pu l'être en travaillant avec un professionnel expert dans son domaine, mais ils obtenaient des résultats bien meilleurs que ceux que j'avais constatés auparavant lors de ma formation antérieure en Gestalt-thérapie.

À mesure que je voyais les clients se détendre physiquement, je me demandais ce qui pouvait bien se produire de manière invisible à l'intérieur de leur corps au niveau des hormones du stress. Pour répondre à cette question de recherche, j'ai conçu une étude pour examiner leurs niveaux de cortisol. Avec des collègues du Pacifique Medical Center en Californie et de l'université de l'Arizona, j'ai mené la première étude qui a examiné deux conditions psychologiques telles que l'anxiété et la dépression et les niveaux de cortisol enregistrés avant et après la pratique d'un protocole EFT (Church, Yount & Brooks 2012).

Cette étude ambitieuse a pris plusieurs années à réaliser. Elle s'est déroulée dans cinq cliniques médicales intégratives en Californie, et a suivi au total 83 sujets. Il s'agissait d'un essai randomisé contrôlé en triple aveugle, qui constitue le plus haut niveau de preuve scientifique. Les résultats ont été remarquables, et l'étude a été publiée dans une revue prestigieuse, la plus ancienne revue de psychiatrie à comité de lecture d'Amérique du Nord.

Nous avons évalué la santé mentale des sujets, et également mesuré leur niveau de cortisol, avant et après une seule séance de thérapie. Un groupe a fait l'objet d'un protocole EFT, un autre d'une thérapie par la parole et un troisième groupe est resté au repos. Les symptômes psychologiques tels que l'anxiété et la dépression ont diminué dans le groupe qui a pratiqué la thérapie par la parole et dans celui qui s'est reposé, mais ils ont chuté de deux fois plus dans le groupe ayant pratiqué un protocole EFT. Le cortisol avait chuté rapidement et considérablement. L'étude a montré que le protocole EFT avait un effet à l'intérieur même du corps.

Réguler l'expression des gènes

Avec certains de ces mêmes collègues, j'ai commencé un essai contrôlé randomisé pour examiner les changements au niveau de l'expression des gènes chez les anciens combattants après 10 séances d'EFT (Church, Yount, Rachlin, Fox et Nelms, 2015). Cette étude a, une fois de plus, été difficile à financer et à accomplir, et a pris de nombreuses années. Les résultats en valaient la peine, cependant, et ont fait écho aux effets physiques que nous avons identifiés dans le cadre de l'étude sur le cortisol. Nous avons trouvé que les gènes associés à l'inflammation dans le corps étaient régulés à la baisse, comme lorsque l'on baisse l'intensité lumineuse d'une lampe par le biais d'un variateur. Les gènes associés à l'immunité étaient régulés à la hausse. Les symptômes psychologiques du TSPT avaient chuté de plus de 50%, faisant écho aux résultats des études précédentes (Church, Falcon, et al, 2013 ; Geronilla, McWilliams, et Clond, 2014). Cette étude montre que les techniques EFT constituent une intervention épigénétique, affectant le corps au niveau le plus fondamental de la biologie moléculaire, c'est à dire au niveau de l'ADN.

De nombreuses études ont désormais associé le soutien émotionnel à l'expression des gènes. Les gènes de la régulation du stress s'activent dans le cerveau des rats qui viennent de naître et qui sont attentivement léchés et toilettés par leurs mères (Bagot, et al., 2012). Lorsque l'on compare le cerveau des schizophrènes qui se sont suicidés à celui de personnes en bonne santé mentale qui sont morts par accident, les gènes responsables de la régulation du stress se trouvent être désactivés. L'ADN est toujours là, mais il a été désactivé par les expériences stressantes de la petite enfance (Poulter et al, 2008 ; McGowan et al, 2008).

Il y a plus d'un siècle que l'on a compris le lien entre les symptômes physiques et émotionnels. Dans son ouvrage *The Traumatic Neuroses of War*, le psychiatre Abram Kardiner (1941) a fait des observations sur les anciens combattants de la Première Guerre mondiale. Même ceux qui avaient été tout à fait fonctionnels avant la guerre étaient devenus détachés (dissociés) et hyper vigilants. Ayant compris que le TSPT est un trouble du corps autant que de l'esprit, il écrivit que le « noyau », ou centre du stress post-traumatique, était une « physio-névrose » enracinée dans le corps. Si la science à l'époque de Kardiner ne savait rien de la régulation des gènes, au même titre que de nombreux autres professionnels cliniques du traitement des anciens combattants et d'autres populations traumatisées, il n'en a pas moins observé la base physique du TSPT.

Les mouvements de l'œil relie le cerveau au corps

Un autre lien intéressant entre le cerveau et le corps a été découvert après la Seconde Guerre mondiale. Un ophtalmologue britannique a publié un ouvrage dans lequel il avait remarqué que les anciens combattants avaient des mouvements oculaires erratiques (Traquair, 1944). Une étude confirmant le lien entre les mouvements des yeux et le TSPT a vu un psychiatre collaborer avec ophtalmologiste pour vérification de références (Tym, Beaumont, & Lioulios, 2009). Ayant étudié 100 patients, ils ont constaté que ceux qui souffraient de TSPT éprouvaient des difficultés constantes à maintenir la stabilité de leur vision périphérique au rappel d'un événement traumatique. Après un traitement psychiatrique fructueux, cependant, les errances oculaires avaient disparu, et ils étaient capables de se remémorer l'événement sans souffrance émotionnelle ni déficience visuelle. Selon un autre rapport publié, 90% des patients psychiatriques souffrent de ce genre de troubles de la vue (Tym, Dyck & McGrath, 2000).

Les neuroscientifiques ne savent pas exactement pourquoi cette association entre les souvenirs traumatiques et les mouvements oculaires se produit. Il se peut qu'elle soit liée à la capacité du cerveau à traiter des événements perturbateurs. Le système limbique contient des structures qui sont responsables de la transformation de souvenirs à court terme en souvenirs à long terme. Cette fonction de traitement des informations que remplit la mémoire est altérée chez les patients souffrant de stress post-traumatique. Cette théorie est débattue dans un article publié dans *Scientific American* (Rodriguez, 2012). Cet article récapitule comment la recherche en matière d'EMDR, thérapie aussi efficace que les techniques EFT pour traiter le TSPT (Karatzias et al., 2011), montre que les mouvements oculaires sont un ingrédient actif de la thérapie et non un placebo inerte (Shapiro, 1989).

Les techniques EFT utilisent un protocole pour les mouvements oculaires que l'on appelle « la gamme des 9 actions » (Callahan, 1985). Cette procédure implique 9 actions réalisées en stimulant un point nommé « de gamme » situé sur le méridien d'acupuncture du triple-réchauffeur qui passe sur le dos de la main. Cette gamme d'actions comprend des mouvements oculaires, la stimulation digitale, le fredonnement d'une chanson et le calcul mental. Le client fait des mouvements oculaires circulaires jusqu'à l'extrême périphérie de sa vision. La gamme des 9 actions est censée engager les parties du cerveau impliquées dans la résolution non verbale d'un traumatisme. D'autres techniques d'EFT cliniques telles que le roulement

de l'œil du sol au plafond (Feldenkrais, 1984) utilisent également des mouvements oculaires pour réduire la souffrance émotionnelle. Les concepteurs de la programmation neurolinguistique (PNL) croyaient que les mouvements latéraux des yeux étaient en corrélation avec les aspects de l'expérience tels que le dialogue interne, sensations les kinesthésiques et l'imagerie (Bandler & Grinder, 1979). Les états tels que le sommeil paradoxal, lorsque le cerveau qui rêve est en phase thêta, démontrent que les mouvements oculaires font partie de la façon dont le cerveau traite les informations.

L'université du Sud de la Floride (USF), dans une étude, a testé une nouvelle méthode psychothérapeutique, l'ART (de l'anglais *Accelerated Resolution Therapy*) (Kip et al., 2012). L'ART recourt aux mouvements oculaires, et requiert que le client effectue ces mouvements tout en pensant à un événement déclencheur d'émotions. Les chercheurs qui se servent de l'ART ont constaté que la charge émotionnelle contenue par ces souvenirs d'événements traumatiques diminue rapidement grâce à ces mouvements oculaires. Les séances d'ART se concluent en demandant aux clients d'associer ces mouvements oculaires à l'imagination du résultat souhaité. Selon les descriptions de cette étude, « le patient fluctue entre l'évocation d'une scène traumatique par la parole et le recours aux mouvements oculaires pour aider à traiter ces informations afin d'intégrer les souvenirs d'événements traumatisants. Les deux principales composantes de cette technique comprennent la minimisation ou l'élimination de la réponse physiologique associée aux souvenirs traumatiques, et le recadrage des expériences douloureuses ou troublantes... » (Kip et al., 2012). Les participants à cette étude ont connu des chutes spectaculaires sur le plan de leurs symptômes de TSPT et de dépression, ainsi qu'une amélioration de leur sommeil.

J'utilise souvent la gamme des 9 actions pendant les séances de coaching en direct. Alors que la plupart des techniques EFT se concentrent sur la neutralisation d'événements traumatisants particuliers, la gamme des 9 actions est efficace pour neutraliser toute une classe d'événements simultanément. Si je travaille avec un homme dont le père le battait souvent lorsqu'il était enfant, je me servirai de cette technique sur tous les coups subis au lieu de me concentrer sur une raclée particulière. Si je travaille avec une femme qui a été agressée sexuellement lorsqu'elle était enfant, je me servirai de la gamme des 9 actions sur le groupe d'effets indésirables plutôt que de me pencher sur un événement particulier. Habituellement, le niveau d'anxiété de ces clients diminue lentement pour l'ensemble de la classe

d'événements en l'espace d'une demi-heure. Cette approche est beaucoup plus efficace que le travail sur les événements un par un. Une fois la gamme des 9 actions terminée, vous pouvez tester l'effet de vos travaux en demandant à votre client de se concentrer sur un événement unique afin de déterminer si celui-ci a été neutralisé.

Quand je travaille avec des clients dans le cadre d'ateliers, j'observe leur regard de près. Les mouvements de vision périphérique erratiques constatés par Traquair sont facilement observables par le coach (mais pas par le client). Souvent, le regard des clients passe par chaque quadrant du champ visuel, sauf un. Ils ignorent toujours le même quadrant, comme les aiguilles d'une horloge tournant doucement tout autour de son cadran, et sautant subitement de trois à six heures. Après être parvenus à faire baisser le degré d'anxiété grâce à un protocole EFT, ils ne sautent plus ce quadrant, et leur mouvement oculaire se déplace à la même vitesse sur la totalité de leur champ de vision périphérique. Vous trouverez ci-dessous quelques récits de cas tirés des archives d'EFT Universe.

Émotivité excessive chez un enfant atteint de lésions cérébrales

Tana Clark

Je suis praticienne EFT et ai une fille dont le cerveau est atteint de lésions cérébrales depuis la naissance. Son cerveau n'a pas reçu suffisamment d'oxygène, car le cordon ombilical est resté serré autour de son cou pendant trop longtemps. Je lui fais faire un protocole EFT quasiment tous les jours. Elle peut devenir très émotive à certains moments, et il semble lui falloir des heures entières pour reprendre le dessus. J'ai souvent pratiqué l'EFT avec elle pour tenter de régler ce problème. J'ai remarqué que, si l'on ne pratique pas la gamme des 9 actions, elle ne semble pas se calmer.

J'ai donc commencé à lui faire pratiquer la gamme des 9 actions lorsqu'elle « restait coincée dans le cerveau droit ». Maintenant, quand elle « reste coincée », nous pratiquons immédiatement un protocole et la gamme des 9 actions, et nous obtenons un taux de réussite de 100 % quant à la dissipation de cette émotion. Lorsque les sujets deviennent extrêmement émotifs et ne semblent pas pouvoir trouver un moyen de s'en sortir, ils sont coincés dans le cerveau droit.

Le problème de nombreuses personnes est qu'elles restent coincées

dans le cerveau droit ; nous sommes notamment nombreux à avoir eu l'expérience de ne pas pouvoir nous arrêter de pleurer. La pratique de mouvements oculaires maintient le déplacement du cerveau de droite à gauche et de gauche à droite. Ce mouvement favorise les transitions entre les deux parties du cerveau plutôt que sa division entre la droite et la gauche.

Je me suis servie de la même technique pour une adolescente dont la famille était en plein déménagement. Très contrariée, elle ne faisait que pleurer. Aucune autre partie de l'EFT ne l'aidait à se sentir moins émotive. Nous sommes passés en mode gamme des 9 actions et, comme par magie, les larmes se sont tariées.

Lorsque l'on écourte le protocole EFT, on laisse souvent de côté la gamme des 9 actions, alors que si l'émotion est largement présente, cette technique est extrêmement utile. Je ne pourrais pas m'en passer.

* * *

Résolution de vertige et souvenir d'accident de voiture

Edward Miner

Hypnothérapeute de profession, je suis toujours en quête de nouveaux moyens d'aider les gens à surmonter leurs problèmes. Hier soir, je parlais avec ma sœur, qui vit dans un autre État, d'un grave problème de vertige dont elle souffre. Elle avait eu un accident de voiture mineur 2 semaines auparavant, et avait subi une entorse cervicale classique, et quelques jours plus tard avait commencé à éprouver des crises de vertige.

Je viens de raccrocher le téléphone et souhaite signaler qu'elle était libre de tout symptôme lorsque j'ai raccroché. En tout, il a fallu environ 15 minutes pour expliquer l'EFT et pratiquer le protocole quatre fois, en faisant des essais entre chaque tour. Au départ, j'ai commencé par lui faire dire : « Même si j'éprouve ce vertige et ces étourdissements, je m'aime et je m'accepte entièrement ». N'ayant pas remarqué de grand changement sur le plan de la liberté de ses mouvements, j'ai révisé la phrase en lui faisant dire : « Même si j'éprouve ce vertige et ces étourdissements, je me pardonne entièrement à moi-même et je pardonne entièrement quiconque aura pu y contribuer ».

Après avoir effectué un premier protocole et la gamme des 9 actions,

elle n'a plus éprouvé de symptôme. Je l'ai fait se déplacer beaucoup plus et elle a constaté que, lorsqu'elle penchait la tête en arrière, elle continuait à éprouver une sensation d'étourdissement, mais cela tournait moins vite pour elle. Quand je lui ai demandé si le sentiment était associé à une émotion, elle a dit « énervement », donc nous avons travaillé sur « l'émotion de l'énervement ». Plus tard, sur l'échelle des NAS, toutes les sensations d'étourdissement s'étaient dissipées. Quelle n'a pas été sa surprise, car pour elle c'était le pire moment de la journée, juste avant d'aller se coucher, et juste avant de prendre ses médicaments.

* * *

L'expérience clinique de milliers de praticiens EFT qui travaillent avec des dizaines de milliers de clients a montré que la gamme des 9 actions est efficace même lorsque les autres parties de la formule de base de l'EFT ne sont pas en mesure de résoudre un problème. Les cas présentés ci-dessus sont typiques. Si les parties cognitives de l'EFT peuvent atteindre le cerveau rationnel fonctionnant en mode alpha-bêta, il est probable que la gamme des 9 actions, quant à elle, puisse atteindre les parties non verbales et préverbales du cerveau, qui sont exploitées en phase de transe d'apprentissage intensif thêta-delta. Les clients qui assistent à une séance longue et approfondie s'accompagnant de mouvements oculaires semblent passer par un état de transe. Le praticien introduit alors des phrases de rappel du souvenir traumatique. Si celles-ci pouvaient produire des émotions puissantes avant le traitement, ces déclencheurs sont éliminés par la gamme des 9 actions. Le client garde le souvenir, mais celui-ci n'est plus le déclic d'une émotion puissante. C'est ainsi que, par le biais de la gamme des 9 actions, on est en mesure de traiter des pistes de souvenir posées dans l'état préverbal lors de la petite enfance, ainsi que celles produites par les expériences gravement traumatisantes connues à l'âge adulte.

La reconsolidation et l'extinction des souvenirs

Jusqu'au début des années 2000, dans le domaine des neurosciences, on pensait qu'une fois une expérience était engrangée dans la mémoire à long terme, il était difficile, voire impossible, de changer ce phénomène (Ecker, Ticic, & Hulley, 2012). Les idées sur le soi et le monde formées dans la petite enfance par le biais d'associations émotionnelles négatives puissantes étaient « enfermées dans le cerveau par des synapses durables extraordinaires » (Ecker et al., p. 3). Elles étaient censées persister tout au

long de la vie de la personne. On disait de ces souvenirs qu'ils étaient « consolidés » dans le réseau neuronal.

Puis, une série d'études sur des animaux a montré que, dans certaines conditions, même les souvenirs consolidés de longue date pouvaient devenir « labiles », ou malléables et susceptibles de changer.

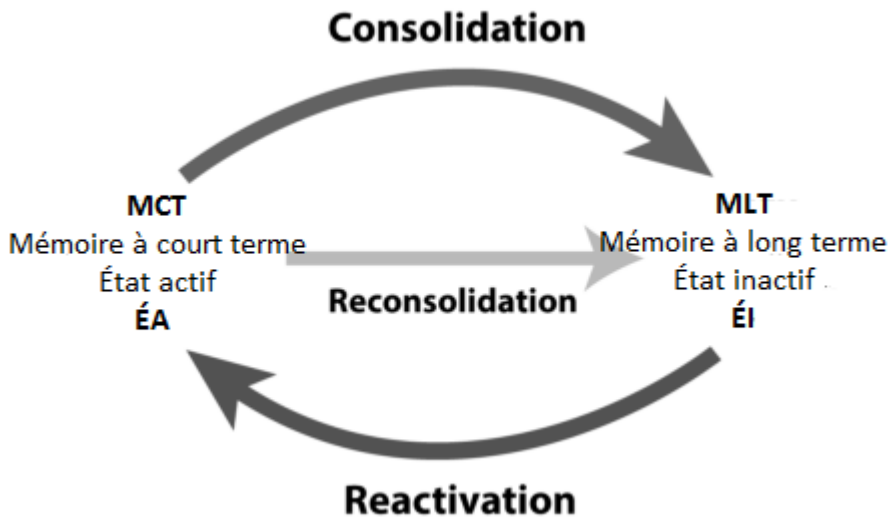


Figure 30. Reconsolidation du souvenir.

Ces études ont conduit à la découverte qu'un « souvenir consolidé peut repasser à un état ... labile, sensible, susceptible d'être modifié, renforcé, changé, ou même effacé ! » (Nader, 2003, p. 65). Les cliniciens ont commencé à se demander si l'on pouvait appliquer ce modèle à la psychologie, pour permettre notamment aux patients souffrant de TSPT de défaire les souvenirs fortement conditionnés et consolidés qui les avait traumatisés au plus profond d'eux-mêmes.

Certaines séquences de traitement semblent permettre au cerveau de réviser même certaines idées consolidées de longue date. Ces protocoles sont désormais précisément délimités. Ecker, Ticic, et Hulley (2012) parlent de « séquence de transformation », qu'ils divisent en trois étapes séparées :

1. Une réexposition vive au souvenir ou à l'expérience doit avoir lieu.
2. Simultanément, on doit activer une expérience ou un souvenir contradictoire (« expérience de juxtaposition »).
3. Plusieurs répétitions de l'expérience de juxtaposition peuvent être

nécessaires pour que la nouvelle vision du monde vienne remplacer l'ancienne.

Que le thérapeute soit ou non conscient de ces trois étapes, Ecker et ses collègues (2012) estiment qu'elles sont présentes dans chaque rencontre thérapeutique réussie. C'est là cette raison pour laquelle, Ecker parle de « méta conceptualisation » pour ce modèle qui est applicable à tout type de traitement, et non pas à une seule école ou technique.

La mort au Vietnam : l'histoire de Joe

« Joe », ancien combattant handicapé souffrant de TSPT et de multiples symptômes physiques, nous offre un exemple frappant de reconsolidation d'un souvenir. Au cours de l'une des six séances gratuites avec son praticien EFT après son inscription au Veteran's Stress Project, Joe a partagé l'un de ses souvenirs envahissants les plus perturbants. Son meilleur ami, Ted, avait été tué par un tireur d'élite au Vietnam. Ted et Joe partaient en patrouille chaque jour. Joe marchait généralement sur la droite et Ted sur la gauche. Le jour où Ted a été abattu, ils avaient inversé leur position, Joe étant sur la gauche. Pendant plus de 40 ans, Joe avait souffert de « culpabilité du survivant », et il racontait l'événement en disant : « La balle était pour moi ».

Après avoir pratiqué l'EFT tout en décrivant chaque composante de ce souvenir, Joe a subitement connu un changement cognitif et a déclaré : « Je me rends compte que, tout comme je serais mort pour lui, Ted serait mort pour moi. Il aurait voulu prendre la balle à ma place, tout comme je pensais que j'aurais dû la prendre à la sienne ». Cette nouvelle perspective a permis à Joe de ressentir un sentiment de résolution par rapport à cet événement, qui ne le taraude plus. Son NAS (Niveau d'Anxiété Subjective) est passée à 0.

Comment l'EFT applique la formule en trois étapes

Lors de la première étape de la formule identifiée par Ecker et ses collègues (2012), Joe s'est vivement remémoré tous les détails de cette journée traumatique. L'EFT utilise un énoncé de mise en scène pour permettre au client de se concentrer sur l'événement traumatique, et une phrase de rappel pour maintenir l'attention sur cet événement. Cette formule permet non seulement de rappeler ainsi la totalité de cet événement,

mais les praticiens EFT cliniques sont aussi formés pour concentrer l'attention du client sur cet événement dans tous ses détails, ainsi que sur les éléments sensoriels susceptibles d'être encodés dans la capsule à traumatisme. Ils peuvent demander au client, « Qu'est-ce que vous avez vu... goûté ... ressenti ... touché ... senti ? ». Le praticien expérimenté creusera les détails de l'événement pour chaque canal dans lequel un traumatisme peut être encodé.



Figure 31. Séance d'EFT.

À la deuxième étape, on propose une expérience contradictoire sous forme de stimulations sur les points d'acupuncture. On juxtapose l'expérience apaisante de ces stimulations au rappel vif du souvenir perturbant. On peut alors rajouter la gamme des 9 actions au protocole. Une désactivation limbique se produit, les gènes associés au stress post-traumatique sont régulés à la baisse, et le taux de cortisol baisse, parallèlement à la conservation de l'événement traumatique en mémoire.

À la troisième étape, celle de la répétition, le client continue à stimuler jusqu'à obtention d'une diminution du NAS. Cela pourra nécessiter plusieurs protocoles EFT. Si le NAS n'est pas descendu à zéro après un premier protocole, on en pratique d'autres. On peut pratiquer la gamme des 9 actions jusqu'à ce que le regard du client puisse se déplacer librement sur toutes les parties du champ visuel périphérique. Le praticien peut creuser pour obtenir davantage de détails, et souvent les clients accèdent à des

fragments de mémoire qu'ils avaient oubliés ou dont ils s'étaient dissociés auparavant. Un praticien clinique expérimenté des techniques EFT posera des questions jusqu'à la disparition manifeste de tous les détails et les manifestations du traumatisme.

À ce moment, le praticien peut demander au client de donner des détails encore plus vifs ou saisissants, afin de déterminer si la charge émotionnelle du souvenir a véritablement été éteinte. Une fois que le client signale un NAS de 0, même pour les aspects les plus troublants du souvenir, et peut ensuite se remémorer le souvenir tout en restant à un NAS de 0, le travail de reconsolidation et d'extinction du souvenir est effectué.

Ces souvenirs ne sont pas « éteints » au sens où ils sont effacés. Ce qui s'est éteint, c'est la souffrance émotionnelle associée à ce souvenir. On peut le tester des jours, des semaines ou des mois après le traitement en demandant simplement au client de se remémorer l'événement. Le souvenir reste généralement intact, mais ne présente plus de charge émotionnelle. Le client peut éprouver des changements cognitifs reconnaissables à des phrases du style suivant : « Il était ignoble, mais cette expérience m'a aidé(e) à devenir plus fort(e) », ou « Mon père a subi des abus encore plus violents de la part de son père que ce qu'il m'a fait subir à moi ». Les changements cognitifs peuvent prendre la forme de changements dans une perspective visuelle. La personne pourra maintenant par exemple se percevoir comme témoin de l'événement plutôt que comme faisant partie de la scène. L'événement peut être vivement remémoré, ou l'inverse peut se produire, une image précédemment claire devenant désormais floue.

Il s'avère ainsi que l'EFT est une thérapie courte et efficace pour aboutir à une reconsolidation du souvenir et à l'extinction des signaux émotionnels, même dans les cas de traumatismes extrêmes tels que ceux résultant du tremblement de terre en Haïti et du génocide au Rwanda, et le TSPT à long terme dont font preuve les anciens combattants du Vietnam. Feinstein (2010), faisant le bilan de huit études portant sur l'effet des stimulations des points d'acupuncture sur le TSPT, soutient que : « (a) en stimulant certains points d'acupuncture (b) pendant une exposition imaginaire (c) réduit rapidement et pour de bon les réponses inadaptées de peur à des souvenirs traumatiques et aux signaux connexes ».

Le compte rendu détaillé ci-dessous effectué par Sophia Cayer, praticienne EFT illustre le processus d'identification et de libération des couches traumatiques. L'EFT est capable de désamorcer les émotions

intenses générées par les souvenirs de l'ancien combattant, et de transformer les problèmes fondamentaux.

Les couches du traumatisme

Sophia Cayer

John est ancien combattant de la guerre du Golfe, il a presque la quarantaine, il est marié et a des enfants en bas âge. Il avait réussi à faire face aux effets secondaires de son expérience de la guerre relativement bien jusqu'aux événements du 11 septembre 2001 à New York, qui ont provoqué chez lui un TSPT à part entière. À ce moment-là, tout a commencé à s'écrouler.

De telles situations sont beaucoup plus fréquentes que l'on ne le réalise. Les réactions tardives sont d'importantes considérations pour tous ceux qui travaillent avec les anciens combattants et leurs familles. Il n'est pas rare que les anciens combattants rentrent chez eux et ne présentent initialement pas ou peu d'effets secondaires résultant de leurs expériences de la guerre. D'autres parviennent à masquer ou ignorer avec succès les émotions qui s'y rattachent. Présentant un extérieur brave, ils font de leur mieux pour reprendre la vie antérieure. Par conséquent leur famille et leurs amis pensent que tout est presque revenu à la normale.

Puis, sans avertissement et sans raison apparente, les choses se gâtent. Au fil du temps, même les événements les plus subtils peuvent être des déclencheurs de retours en arrière qui déclenchent des symptômes du TSPT. J'ai vu des crises de TSPT se déclencher chez des anciens combattants en pleine conduite, car le dessin des bandes de roulement des pneus d'un camion devant eux leur rappelaient les pneus de véhicules militaires. Ils apprennent vite à éviter les jeux vidéo et les films d'actualités.

Les grands événements majeurs tels que ceux du 11 septembre ou tout événement qu'ils perçoivent comme une menace peut déclencher des retours en arrière, des émotions intenses, des symptômes physiques, un sentiment constant d'hypervigilance, d'anxiété, des éclats de colère soudains inexplicables, des cauchemars, des crises d'insomnie et d'autres symptômes du stress post-traumatique. Les amis et membres de la famille peuvent eux aussi être traumatisés, car ils ne comprennent pas ce qui se passe. Eux aussi ont besoin de soins.

On avait prescrit à John tous les médicaments possibles et imaginables pour atténuer ses symptômes de TSPT, en vain. Sa femme et lui-même s'étaient déplacés en avion aux quatre coins du pays pour tenter divers traitements dans leur quête de solutions. Moins de 2 mois avant ma rencontre avec lui, John avait suivi un programme de traitement du TSPT de 8 semaines offert par la VA. Il m'a dit que de se sentir parmi ses camarades lui avait apporté un certain réconfort et qu'il s'était senti un peu mieux lors de cette retraite. Cependant, au moment où il est rentré chez lui dans « le monde réel », ses symptômes sont revenus. Même sous médicaments, il était déprimé et léthargique. Il passait la plupart de son temps affalé dans un fauteuil, incapable même de trouver la motivation pour faire les exercices mentaux ou physiques qu'on lui avait proposés pour l'aider. Sa colère éclatait au moindre déclic et il se disputait constamment avec sa femme et ses enfants.

Rongé par la tristesse, ainsi que par la peur et la colère, et il m'a confié que la seule raison pour laquelle le suicide n'était pas une option pour lui était qu'il était trop préoccupé par la douleur que cela causerait à sa famille. Sa situation familiale le culpabilisait entièrement et, du point de vue militaire, il se sentait comme un véritable échec.

Je prends toujours le soin de me renseigner sur le niveau d'anxiété que la personne ressent à l'idée ne serait-ce que de tenter l'EFT. La plupart du temps, cette démarche est une ultime tentative, après une exploration décevante de nombreuses autres alternatives. La plupart des anciens combattants ne sont pas seulement anxieux, ils ont également peur et se sentent mal à l'aise. Je pratique les stimulations d'abord sur ce qu'ils ressentent, quels que soient les doutes présents avant d'aller plus loin. Mon expérience me dit que cette approche permet d'obtenir des résultats plus profonds en un laps de temps plus bref. Il s'agit aussi d'un excellent moyen de démontrer la rapidité avec laquelle la technique peut les aider à obtenir des résultats, ce qui contribue également à remporter leur confiance.

Quand j'ai demandé à John ce qu'il en pensait, il a dit qu'il était préoccupé, ne sachant pas à quoi s'attendre, et déçu que sa femme ne puisse pas être présente avec lui. « Elle m'a accompagné la plupart du temps », a-t-il déclaré, et j'ai alors vu les émotions et les larmes commencer à jaillir.

Il a déclaré que le pire était de ne pas savoir à quoi s'attendre. Son niveau d'inconfort était déjà à 8 et il le ressentait dans son estomac. Il décrivait cette sensation comme un nœud, un resserrement, ou une tension

dans l'estomac.

L'EFT étant pour lui tout nouveau, je lui ai expliqué, « Laissez-moi vous montrer à quel point c'est simple. Nous allons juste faire un essai et voir ce que vous pouvez en tirer et avec quelle rapidité. Si vous commencez à trouver cela trop intense, dites-le moi. Vous n'êtes pas obligé de dire quoi que ce soit, contentez-vous de vous concentrer sur la tension que vous ressentez ».

PC (point karaté) : *Même si cette angoisse me noue l'estomac, je m'aime et je me respecte.*

Incapable de prononcer les mots « Je m'aime et je me respecte », il a fondu en larmes. Je lui ai assuré qu'il n'était pas obligé de prononcer ces mots et qu'ensemble, nous allions surmonter cette épreuve.

Nous avons recommencé en employant des mots différents :

PC (point karaté) : *Même si j'ai toutes ces préoccupations dans mon estomac, je choisis la paix.*

HT (haut de la tête) : *Toute cette anxiété.*

So (sourcils) : *Toute cette anxiété.*

AO (angle de l'œil) : *Toute cette anxiété.*

Po (pommette) : *Je l'ai dans l'estomac.*

SLN (sous le nez) : *Je ne sais pas à quoi m'attendre.*

Me (menton) : *J'en ai déjà trop bavé.*

CL (clavicule) : *Je veux juste me sentir mieux.*

SLB (sous le bras) : *Toute cette anxiété.*

HT (haut de la tête) : *Toute cette peur et cette attente.*

So (sourcils) : *Je choisis la paix.*

AO (angle de l'œil) : *Cette anxiété.*

Po (pommette) : *Toute cette tension dans mon estomac.*

SLN (sous le nez) : *Cette anxiété dans mon estomac.*

Me (menton) : *Je choisis la paix.*

Ayant détecté un changement majeur au niveau de son comportement et de sa voix, je lui ai demandé de se détendre, de respirer et de me dire dans quel état était son estomac.

Légèrement surpris, il m'a annoncé : « Mieux – j'en suis probablement à un 3 ou 4. C'est plutôt pas mal ! »

Je l'ai encouragé en lui rappelant que grâce à ce merveilleux outil libérateur, il pourrait bientôt se sentir à l'aise tout seul avec cette pratique et traiter les événements au fur et à mesure qu'ils se présentaient. Je lui ai également rappelé qu'il pouvait aussi pratiquer l'EFT préventif. La réalisation qu'il pouvait prendre en charge et en mains ses émotions en travaillant lui-même sur ces questions les unes après les autres était une pensée libératrice, favorisant le processus de guérison.

PK : *Même s'il me reste encore certaines appréhensions dans l'estomac, je choisis la paix. Même s'il me reste encore certaines appréhensions dans l'estomac, et que je ne suis pas sûr de ce à quoi je dois m'attendre, je choisis la paix, quoiqu'il en soit.*

HT : *Cette tension qui reste dans mon estomac.*

So : *Ce resserrement résiduel*

AO : *Cette attente dans mon estomac.*

Po : *Je ne sais pas à quoi m'attendre.*

SLN : *Cette attente.*

Me : *Une nouvelle chose à tenter.*

Cl : *Je ne sais pas à quoi m'attendre.*

SLB : *Mais je choisis la paix de toute façon.*

HT : *Cette attente.*

So : *Je choisis de me sentir mieux.*

AO : *Je choisis de lâcher prise de toute attente.*

Po : *Et d'avoir la paix en moi.*

À ce stade, il a signalé que son estomac se sentait mieux et qu'il avait probablement atteint un 1 ou même un 0. Il en restait « juste un tout petit peu ».

HT : *Ce tout petit peu.*

So : *Qui est dans mon estomac.*

AO : *Je choisis la paix.*

Po : *Je choisis la paix.*

SLB : *Ce tout petit reste.*

Me : *Toujours dans mon estomac.*

Cl : *Je choisis de croire en moi.*

Le nœud à l'estomac ayant désormais disparu, il se sentait prêt à continuer. À mesure que nous avons continué à aborder ensemble des questions de plus en plus intenses et complexes, il s'est mis à voir comment l'EFT pouvait l'aider à gérer chaque nouvelle journée plus facilement.

Il est important d'encourager la persévérance lorsque les gens travaillent seuls sur eux-mêmes, afin qu'ils se rendent compte qu'il ne faut pas qu'ils se découragent si les intensités ressenties montent ou baissent, ou s'ils passent d'un aspect du problème à un autre.

John se sentant désormais plus détendu et à l'aise, sachant à quoi s'attendre, il était temps d'avancer.

En me fondant sur le regard vide de John à son arrivée, typique des personnes gravement atteintes par le TSPT, et sur ses passages rapides d'aucune émotion apparente à des émotions intenses, je savais qu'il était particulièrement important d'être à l'écoute et de faire preuve de prudence à mesure que nous avançons. J'ai compris qu'il éprouvait probablement des difficultés à examiner les problèmes essentiels pour lui, car ceux-ci étaient bloqués, ou qu'il pouvait trouver que certains souvenirs se déclenchaient facilement. Ces considérations sont importantes pour les thérapeutes qui n'ont encore jamais traité des cas de TSPT.

Quand je me suis renseignée à propos de ce qu'il considérait comme son problème le plus urgent, il m'a parlé de dépression et de colère, mais il ne parvenait pas à suggérer grand chose d'autre. En approfondissant un

peu, il s'est souvenu que les symptômes étaient apparus en 2000 ou 2001, mais il ne parvenait toujours pas à les relier à un phénomène spécifique.

Sachant qu'il avait eu des problèmes par rapport à son engagement et réengagement, j'ai demandé à John où il en était sur le plan de sa carrière militaire. Il m'a dit ne plus avoir de liens avec l'armée, qu'il avait quittée en 1998, et les médecins croyaient que son TSPT avait été déclenché suite aux événements du 11 septembre, 2001. Il avait tenté de reprendre du service dans l'armée suite à ces événements et sa demande avait été rejetée en raison de son état physique.

Entendant l'émotion dans sa voix, je l'ai immédiatement interrompu pour lui demander ce qu'il ressentait alors qu'il faisait ce récit. L'unique mot « colère » lui a suffi pour me répondre.

Je lui ai demandé des précisions : « De la colère contre le gouvernement ou de la colère à l'encontre de ceux qui n'ont pas voulu vous réengager ? »

John a répondu : « Les deux. De la colère contre le 11 septembre et face à ma propre impuissance à changer les choses ».

Je sentais et devinais bien plus que de la colère et en ai rapidement reçu la confirmation lorsque John a exprimé sa profonde tristesse. Nous avons alors pratiqué le protocole suivant :

PK : Même si je suis rempli de toute cette colère et de cette tristesse, je ne pouvais rien y faire, ils n'étaient même pas disposés à me laisser essayer, et de toute façon je ne m'en porte pas plus mal.

Même si je suis rempli de toute cette tristesse et de cette colère, même si je voulais venir en aide, j'étais tout à fait impuissant à cet égard et je choisis la paix de toute façon.

HT : Toute cette colère et toute cette tristesse.

So : Je suis absolument furieux.

AO : Ils ne voulaient pas de mon aide.

Po : Ils ne voulaient pas de mon aide.

SLN : Tout ce chagrin et toute cette tristesse.

Me : Je suis absolument furieux !

Cl : *Pourquoi a-t-il fallu que cela se produise ?*

SLB : *C'est tout simplement injuste.*

HT : *Je suis en colère contre le gouvernement.*

So : *On m'a stoppé.*

AO : *Je suis vraiment furieux.*

Po : *Je voulais aider.*

SLN : *Et ils ne m'ont pas laissé le faire.*

Me : *On m'a dit non.*

Cl : *Toute cette colère et toute cette tristesse.*

SLB : *Tout ce chagrin et toute cette tristesse.*

HT : *Tout ce chagrin et toute cette tristesse.*

Nous étions parvenus à calmer l'intensité de ses émotions, mais il était évident que les questions et les aspects connexes remontaient à la surface. Comme il avait du mal à exprimer quoi que ce soit, je lui ai demandé : « Avez-vous perdu quelqu'un de proche le 11 septembre ? »

John a dit : « Non, mais j'ai été témoin de nombreux décès lors de la première guerre du Golfe ». Je sentais la multitude d'émotions qui émanaient de sa personne et je savais que son esprit virevoltait d'un événement à l'autre et d'une émotion à l'autre. Nous sommes parvenus à déterminer que les sentiments les plus violents étaient liés à son rejet par les militaires.

Pour aider à mettre à jour un problème fondamental, un événement ou un souvenir sous-jacent important qui ferait passer l'attention de John du vague et du général au spécifique et au détaillé, j'ai commencé à poser des questions relatives au moment et à la manière dont il avait appris son rejet par l'armée. Était-ce par téléphone, en personne, ou par lettre ?

« C'était par ordinateur », a-t-il dit. « Ils ont ouvert un site pour reprendre des militaires qui s'étaient engagés au préalable. J'ai rempli tous les papiers et on m'a rejeté. On m'a dit que j'avais trop de problèmes et que j'étais médicalement inapte au service, même après avoir servi 8 ans et demi avec le dos bousillé en raison d'une blessure en service ».

Lorsque je lui ai demandé, « Est-ce que cela vous met en colère ? » Sa voix s'est emplie d'émotion et de larmes au point de pratiquement hurler : « Je ne suis pas vraiment en colère contre le gouvernement, je l'aime mon gouvernement. Je me battrais et mourrais volontiers pour mon pays. Je ne sais pas contre qui je suis en colère ».

J'ai dit : « Cela n'a pas d'importance. Vous n'êtes pas obligé de le savoir. Il était impossible et inutile de tenter de régler quoi que ce soit. Nous avons donc simplement commencé les stimulations :

PK : *Même si je suis en colère et triste à la fois et si je ne sais pas tout à fait de quoi il est question, ça va.*

Même si je suis en colère et triste d'avoir été rejeté, ça va.

HT : *Cette nouvelle qu'on m'a annoncée par ordinateur.*

So : *On m'a rejeté.*

AO : *Je voulais vraiment y aller.*

Po : *Je voulais faire mon devoir.*

SLN : *Je voulais participer.*

Me : *On m'a dit non.*

Cl : *Toutes ces émotions.*

SLB : *Toute cette colère et toute cette tristesse.*

HT : *On m'a dit non.*

So : *Ils n'ont pas voulu de moi, même après tout ce que j'avais fait.*

AO : *Ils n'ont pas voulu de moi.*

Po : *Tout ce rejet.*

SLN : *Toute cette tristesse et toute cette colère que je ne comprends vraiment pas.*

Me : *Cette tristesse et cette colère.*

Cl : *Ils m'ont dit non.*

SLB : *Cette tristesse et cette colère.*

HT : *J'ai appris ça par ordinateur.*

So : *Ils m'ont dit non.*

AO : *Toute cette colère et toute cette tristesse.*

Po : *Cette profonde colère et cette profonde tristesse.*

SLB : *Toute cette frustration.*

CL : *Cette profonde tristesse et cette profonde colère.*

SLB : *Toute cette tristesse profonde.*

John a ressenti ses émotions chuter de 10 à 5. Il est important de noter que les vastes écarts d'intensité sont très fréquents dans ce genre de situation. Souvent, ceux-ci se produisent car, pour les victimes du TSPT, il est impossible de rester concentré sur un seul aspect lié à un problème, voire sur un seul problème.

Je lui ai alors demandé « Que ressentez-vous le plus intensément, la colère ou la tristesse ». Il a répondu, « Les deux sont à peu près au même niveau ».

Il sentait désormais qu'il allait pouvoir être en mesure de rester concentré sur la réception de cette nouvelle. La déception et le désespoir s'intensifiaient en lui.

PK : *Même si j'en suis encore à un 5 et si je continue à ressentir cette colère et cette déception et toute cette tristesse profonde, je choisis la paix.*

Même si je porte en moi toute cette tristesse profonde et toute cette colère, car ils m'ont dit non, ça va de toute façon. Je choisis la paix.

Même si je porte en moi toute cette tristesse profonde et toute cette colère, car ils m'ont dit non, ça va de toute façon. Je choisis la paix.

HT : *Toute cette colère et toute cette tristesse qui me restent.*

So : *Ce sentiment de désespoir.*

AO : *Ils n'ont pas voulu me reprendre.*

Po : *Toute cette colère et tout ce désespoir.*

SLN : *Cette profonde tristesse.*

Me : *Je n'arrivais même pas à y croire.*

Cl : *Je ne voulais pas apprendre cette nouvelle.*

SLB : *Toute cette colère et toute cette tristesse.*

HT : *Je les porte encore.*

So : *Cette colère et cette tristesse.*

AO : *Ils ont dit non.*

SLB : *Cette colère et cette tristesse qui me restent.*

Me : *Colère et tristesse restantes.*

Je me suis arrêtée à ce stade, car j'ai senti une amélioration prononcée. John a déclaré se sentir détendu et : « Je dirais que je suis à 0 ». Il était temps de faire un essai. Je lui ai demandé de s'imaginer devant son ordinateur alors qu'il s'apprêtait à recevoir la nouvelle et de voir comment il se sentait.

John a dit qu'il s'y revoyait, avec son frère. Lorsqu'il a commencé à me parler du moment où il avait lu la nouvelle à l'écran, j'ai senti que ses émotions s'intensifiaient.

Je lui ai demandé, « Ça vous fait quel effet maintenant ? » Il a répondu : « C'est juste le rejet qui fait mal ». Il a alors jugé être à 3 ou 4, et il ressentait tout cela dans la poitrine et l'estomac.

PK : *Même si je continue à garder ce sentiment de rejet en moi dans la poitrine et l'estomac, je choisis la paix. Je choisis de croire en moi.*

Même si je sens ce rejet dans la poitrine et l'estomac, je choisis la paix, je choisis de croire en moi.

HT : *Ce rejet.*

So : *Cette lettre, je n'arrivais pas à y croire.*

AO : *Cette terrible lettre.*

Po : *Ce rejet.*

SLN : *Ces mots de rejet.*

Me : *Ils restent douloureux.*

Cl : *Ils restent douloureux.*

SLB : *Tout ce rejet.*

IP : *Tout ce rejet.*

EP : *Ils m'ont rejeté.*

9A : *Ils m'ont rejeté.*

IP : *Tout ce rejet.*

EP : *Je choisis de croire en moi.*

Dans cette séquence d'EFT, j'ai inclus en option deux points de stimulation, l'intérieur du poignet (IP) et d'extérieur du poignet (EP), ainsi que la gamme des 9 actions (9A).

John a repassé l'écran d'ordinateur dans son esprit afin de relire sa lettre de rejet. Cette fois, il a indiqué qu'il s'agissait juste d'un simple écran. Il était très satisfait de l'efficacité du protocole EFT et a déclaré « s'être beaucoup calmé ».

Se sentant mieux équipé pour commencer à examiner certains événements traumatiques qui l'avaient touché, nous avons tenté d'aborder en douceur les plus taraudants d'entre eux. Il est important de se rappeler que, même lorsque quelqu'un commence à ressentir le soulagement, son enthousiasme peut laisser croire qu'il est temps de foncer à toute vitesse, alors qu'il convient de continuer à aborder les choses avec douceur et subtilité. Cette euphorie et le retour de la sensation de « pouvoir gérer » peuvent n'être que de courte durée et, l'on constate alors qu'en quelques minutes d'autres événements peuvent déclencher de nouvelles vagues d'émotions.

S'il est préférable de pouvoir débusquer ces événements par surprise, ceux-ci peuvent continuer à se rejouer dans l'esprit de la personne. John a déclaré que la plupart des scènes se manifestaient à lui comme un écran de cinéma qui jouait le même film en permanence pendant toute la journée dès le matin. « Si quelque chose se passe à la maison », a-t-il dit, « J'explose sans aucune raison. Je suis continuellement sur le point d'éclater. Ils m'ont déjà donné toute cette merde [médicaments] à prendre, c'était censé m'aider, mais rien ne marche ».

Je lui ai rappelé qu'il avait une nouvelle « arme secrète » et qu'il lui était désormais possible de ressentir plus que du soulagement temporaire.

À ce stade, j'ai décidé de commencer à travailler avec lui sur le passage des films en continu, mais ce n'est pas comme cela que ça s'est passé. Nous nous sommes engagés sur cette voie, mais au fur et à mesure que nous progressions, nous avons pris des directions différentes. Rappelez-vous que ces cas sont complexes et qu'il est important de suivre et non pas de mener, et de laisser la personne travailler au fil des événements et des souvenirs à mesure qu'ils se présentent à elle. Ce qui suit va démontrer clairement le déroulement des choses et à quel point il est essentiel de laisser faire les choses.

Par souci d'éviter de déclencher des crises chez certains lecteurs, je vous offre des détails limités, mais la tendance générale de la pratique d'adaptation aux événements de la conversation a commencé lorsque John a dit, « Pendant la guerre du Golfe, il m'a fallu gérer une certaine chose. Ce fut la chose la plus effrayante que j'aie jamais eu à faire de ma vie, quelque chose que nous n'avions jamais pratiqué auparavant ».

Nous avons, à nouvelle reprise, fait face à une multiplicité d'émotions, la plus intense étant son sentiment de culpabilité, le sentiment qu'il n'était pas parvenu à remplir sa mission conformément aux règles.

PK : *Même si je me sens coupable, si je sens que j'ai échoué en mon rôle de _____.*

Il ne pouvait pas prononcer les mots, et les larmes et les émotions s'intensifiaient. Me rendant compte que la notion « d'échec » était le déclic dans cette situation et sachant qu'il était sur le point d'éclater, j'ai éliminé le mot. Nul besoin de traumatiser davantage pour que l'EFT soit efficace.

Même si je suis envahi par la culpabilité, ça va.

HT : *Toute cette culpabilité, Toute cette culpabilité.*

So : *Je revois cette image.*

AO : *J'aurais dû _____.*

Po : *Toute cette culpabilité, Toute cette culpabilité.*

SLN : *Je ne peux pas lâcher prise ... pourquoi n'ai-je pas _____?*

Me : *Toute cette culpabilité, Toute cette culpabilité.*

Cl : *Toute cette culpabilité pourquoi n'ai-je pas _____?*

SLB : *J'aurais dû _____.*

HT : *Toute cette culpabilité.*

So : *Toute cette culpabilité.*

AO : *Cette culpabilité.*

John ayant affirmé se sentir mieux, nous avons fait un petit essai pour vérifier l'intensité des images et son sentiment de culpabilité. Cette brève ronde lui a permis de redescendre à 3.

PK : *Même si je ressens ce reste de culpabilité, je choisis la paix. Même si je ressens ce reste de culpabilité, je choisis la paix.*

HT : *Ce reste de culpabilité.*

So : *J'aurais dû _____.*

AO : *Je ne peux pas me pardonner.*

Po : *Toute cette culpabilité.*

SLN : *Ce reste de culpabilité.*

Me : *Ce reste de culpabilité.*

Cl : *Tout ce reste de culpabilité.*

J'ai senti un changement et lorsque j'ai consulté John à ce propos, il a déclaré se sentir « neutre » par rapport à un événement qu'il portait en lui depuis 1991, autrement dit depuis 17 ans.

Étant surpris de ce résultat, on voyait qu'il commençait à être impressionné par son expérience de l'EFT. Il m'a ensuite confié qu'en temps normal, après avoir ressenti des émotions aussi intenses lors de nos propos et notre travail, sa colère serait restée en lui pendant des heures.

Il m'a dit que mon utilisation du mot « échec » était un déclencheur intense, même si je me servais de ses paroles à lui. Je lui ai demandé à quel point cela lui semblait toujours vrai et pourquoi il ressentait que c'était toujours vrai.

Il m'a confié qu'il avait été impliqué dans le monde militaire sous une forme ou une autre dès l'école primaire. D'une façon ou d'une autre, l'armée avait toujours fait partie de son identité. Il était convaincu que son désengagement avait été une grande erreur, et qu'il était tout simplement incapable de laisser tout cela derrière lui.

En parlant, il est devenu évident qu'il avait peur de perdre des souvenirs qu'il chérissait car, pour lui, l'armée avait été sa famille à certains moments de sa vie où il n'avait pas eu de famille. Ceci est une chose dont il faut tenir compte lorsque l'on travaille avec des novices de l'EFT. Ils doivent comprendre que la pratique de l'EFT n'effacera pas les souvenirs positifs.

Je lui ai assuré qu'il pourrait mettre ses mauvaises expériences derrière lui sans perdre le positif. « Cette pratique ne va pas vous faire oublier, mais vous aidera à neutraliser vos émotions. Les événements seront des choses qui se seront passées, mais ils ne continueront pas à vous voler votre vie ».

Il a alors dit : « C'est exactement ça, ils me volent toute ma vie ».

Les émotions se sont rapidement intensifiées lorsqu'il a commencé à dire qu'il avait presque perdu sa femme en raison de leurs disputes. À ce moment-là, il a été saisi par ce qu'il considérait avoir été sa grande erreur, quitter l'armée :

PK : Même si cela a été une grave erreur que je ne peux pas redresser, je choisis la paix de toute façon. Même s'il se passait alors trop de choses et que je ne savais pas comment les gérer, j'ai fait de mon mieux, mais je veux être satisfait de la façon dont les choses ont tourné, je me pardonne. C'est tout simplement trop pour moi. C'est trop douloureux.

HT : Comment vais-je pouvoir lâcher prise ?

So : C'est trop douloureux. C'est trop pour moi.

AO : Mais peut-être que si je gère une seule chose à la fois.

Po : Je pourrai créer la paix en moi.

SLN : Même si je sens que mon passé a volé mon présent.

Me : Je choisis d'être dans le présent.

SLM : *C'est trop pour moi, il y a trop de choses, je ne peux rien changer.*

HT : *Ou peut-être que je peux.*

So : *Je peux peut-être adhérer au présent et profiter de l'instant.*

AO : *Lâcher prise de toute cette tristesse profonde.*

Po : *Lâcher prise de toute cette douleur du passé.*

ONU : *Lâcher prise et choisir la paix.*

Me : *Lâcher prise.*

Cl : *Choisir le présent.*

L'intensité des émotions de John avait considérablement diminué, mais je savais qu'il nous restait du chemin à faire. Tentant de réévaluer la situation, je lui ai demandé de répéter une phrase concernant son sentiment d'être perdu, maintenant qu'il n'était plus dans l'armée. Absolument incapable de le faire, il a fondu en larmes, et a dit, « Je déteste ne pas être à l'armée ».

Même si je déteste ne pas être à l'armée, que c'était ma vie, que je me sens perdu sans elle, je choisis la paix. Même si je déteste ne pas être dans l'armée et que ça a été ma vie pendant tant d'années, je m'aime et me je pardonne. Je choisis la paix.

HT : *C'était ma vie, depuis l'âge de 7 ans, c'était comme ma famille.*

So : *C'était tout sur ce que je pouvais vraiment compter.*

AO : *Ça me manque.*

Po : *C'était tout ce que je connaissais.*

SLN : *Depuis que j'avais 7 ans.*

Me : *Ça me manque.*

Cl : *Je suis perdu sans elle.*

SLM : *Je suis en colère et rempli de désespoir.*

IP : *Ça me manque.*

EP : *Je suis perdu sans l'armée.*

HT : *Tout me semble différent.*

Les hauts et les bas étaient constants, indiquant clairement qu'il errait à travers divers problèmes et perspectives. Nous avons donc fait une pause pendant un moment et j'ai tenté de le faire se concentrer sur un aspect plus spécifique et intense.

Ses circonstances familiales avaient en grande partie joué sur la décision de John de quitter l'armée. Trente jours plus tard, cependant, il était rempli de regret et s'était rendu dans un bureau de recrutement pour se réengager. Ils étaient prêts à le reprendre, mais il perdrait son grade et devrait accepter une diminution de salaire. Les soldats sous ses ordres ne serait-ce qu'un mois auparavant seraient plus haut gradés que lui. Ne pouvant pas se faire à cette idée, il a tourné les talons. Il était en colère du fait qu'ils n'avaient pas pris le soin de vérifier son dossier pour voir qu'il avait déjà de nombreuses années d'ancienneté et aurait dû monter en grade lorsqu'il était parti. Comme il partageait ces sentiments avec moi, d'autres aspects, enjeux et événements se sont également fait connaître. Je lui ai donné la possibilité de se vider, car au milieu de tout cela, il m'avait confié qu'il m'avait révélé certaines choses qu'il n'avait jamais partagées avec quiconque. Et bien sûr, nous avons fini par aboutir exactement là où nous devons être, en plein milieu de l'image remplie d'émotions de ses films quotidiens.

PK : *Même si je garde en moi cette image incroyablement vive, et que je ressens encore de la colère et de la culpabilité parce que je ne me suis pas comporté comme j'aurais dû le faire, je me pardonne. Même si je ne peux pas extraire cette image de mon esprit, et qu'elle reste incroyablement vive et que je suis rempli de culpabilité et de colère et que j'aurais dû faire les choses différemment, je me pardonne.*

HT : *Cette image.*

So : *Cette image vive.*

AO : *Je la vois tous les jours.*

Po : *Je la vois tout le temps.*

SLN : *Elle me dérange vraiment.*

Me : *Je suis en colère contre moi-même.*

Cl : *Je me suis déçu, j'ai échoué.*

SLM : *Je vois encore cette image.*

HT : *Image vive.*

So : *Cette image.*

AO : *Elle m'accompagne tout le temps.*

Po : *Je la vois tous les jours.*

SLN : *Cette image.*

Me : *Cette image vive.*

Cl : *Toujours en colère contre moi-même.*

SLB : *Cette image, je n'ai pas fait ce qu'ils m'avaient appris à faire.*

À ce stade, John faisait de son mieux pour retenir un bâillement. Je lui ai dit de laisser le bâillement se produire, sachant qu'il était en train de traiter les nombreux changements qu'il éprouvait.

IP : *Image vive.*

EP : *Cette image vive.*

9A : *Je n'ai pas fait ce qu'ils m'ont appris à faire.*

IP : *Je continue d'y repenser.*

EP : *Cette image vive.*

9A : *Je la vois tous les jours.*

HT : *Je la vois tout le temps.*

So : *Je la vois maintenant.*

AO : *Cette image.*

Po : *Je suis toujours en colère contre moi-même.*

SLN : *Pourquoi n'ai-je pas fait ce qu'ils m'avaient appris à faire ?*

Me : *Je ne peux pas la laisser partir.*

Cl : *Je ne vais pas la laisser partir.*

SLM : *C'est ma colère et vous ne pouvez pas l'avoir.*

HT : *Elle m'est très utile*

So : *Je ne peux pas la laisser partir.*

AO : *Je ne veux pas la laisser partir.*

Po : *Cette image vive.*

ONU : *Je ne peux pas me pardonner.*

Me : *Cette image.*

CL : *Cette image vive.*

SLB : *Toute cette colère vis à vis de moi-même.*

HT : *Toute cette colère vis à vis de moi-même.*

John se sentait beaucoup mieux, donc nous avons fait quelques essais. Il a rejoué la scène dans son esprit, puis réexaminé l'image en détail, du mieux qu'il pouvait. Ses paroles n'étaient plus porteuses de charge émotionnelle et il m'a confié que l'image dans son esprit était maintenant celle de sa famille, et que son sentiment était un sentiment d'espoir. En quelques secondes, cependant, il a dit : « Ça ne vas pas trop mal, *pour le moment* ». Quand je l'ai interrogé sur ce « pour le moment », ayant atteint une forme de conclusion évidente, il m'a dit qu'il était sûr que l'émotion réapparaîtrait et viendrait à nouveau le tarauder.

Il est possible qu'il lui reste certains points à éclaircir, ou que de nouveaux aspects, y compris notamment des odeurs ou des sons, puissent refaire surface. Mais je lui ai rappelé que, si tel était le cas, avec un minimum de persévérance, il pourrait éprouver le même sentiment de soulagement et d'espoir qu'il avait eu ce jour-là.

Préoccupé par ses doutes et cette conclusion évidente, nous nous sommes mis au travail.

PK : *Même si une partie de moi peut penser que c'est trop beau pour être vrai, et que ces sentiments atroces referont sûrement surface, comment aurais-je pu m'en débarrasser si facilement d'une autre manière ? Je suis prêt à me faire confiance et à croire en moi.*

HT : *Je pense que j'aime me sentir mieux.*

So : *Je pourrais même être capable de m'aimer et de me pardonner.*

AO : *Ceci me semble si étrange.*

Po : *Comment cela pourrait-il être vrai après toutes ces années ?*

SLN : *Tous ces médicaments.*

Me : *Tout ce que j'ai essayé.*

Cl : *Rien n'a marché avant.*

SLB : *Comment cela pourrait-il être si simple ?*

HT : *Où étiez-vous quand j'en avais tant besoin ?*

So : *Je peux peut-être croire en cela.*

AO : *Même si cela semble incroyable.*

Po : *Trop beau pour être vrai.*

SLN : *Je choisis de persévérer.*

Me : *Parce que je sais que je peux gérer.*

Nous savions tous les deux qu'il restait du travail à faire, mais pour la première fois depuis des années, il était rempli d'espoir. Il a demandé, « Pourquoi ne se servent-ils pas de ce genre de techniques à la V.A. ? ».

Bonne question ! J'y travaille, mais dans l'intervalle, nous devons tous nous donner à fond pour faire passer le message et proposer l'EFT à autant de personnes qu'il est humainement possible de le faire, surtout aux anciens combattants et à leurs familles.

* * *

J'ai inclus cette étude de cas détaillée, car il s'agit d'un bel exemple de la profondeur, de la complexité et du potentiel de guérison que l'utilisation de l'EFT pour aider à résoudre le TSPT. On retrouvera de nombreux récits et rapports d'anciens combattants sur l'EFT sur le site Web du Stress Project et sur EFT Universe. Ils sont les visages humains qui se masquent derrière les excellents résultats démontrés lors des essais cliniques de l'EFT pour traiter le TSPT. Derrière chaque résultat se cache un groupe d'êtres humains qui souffrent, et leurs histoires et les données qui les accompagnent présentent une image à multiples facettes du potentiel de guérison des

thérapies de l'énergie.

L'avenir de la psychologie et de la médecine

J'estime que nous entrons actuellement dans une nouvelle ère de la psychologie et de la médecine, une ère aussi révolutionnaire que la période où l'on est parvenu à éliminer la plupart des maladies infectieuses au début du XX^e siècle. La recherche montre que les approches fondées sur le corps, tels que l'EFT et l'EMDR ont la capacité de redresser la plupart des problèmes de santé mentale en quelques séances. Les délais de traitement varient d'une séance pour les phobies (Wells, Polglase, Andrews, Carrington & Baker, 2003) à 10 séances pour les diagnostics difficiles comme le TSPT (Church, Yount, Rachlin, Fox & Nelms, 2015).

Imaginez que ces thérapies soient proposées aux patients comme premier choix de soins médicaux. Imaginez que tous les anciens combattants aient accès à l'EFT et aux initiatives internationales pour offrir l'EFT à de grands groupes de personnes traumatisées. Imaginez une société axée aussi intensément sur l'élimination des problèmes de santé mentale qu'elle ne le fut sur l'élimination des maladies infectieuses. Imaginez que la dépression, l'anxiété, les phobies et le TSPT deviennent aussi rares que la polio, le choléra ou la fièvre aphteuse. La révolution médicale par rapport aux maladies infectieuses s'est faite rapidement, et la révolution quant à la santé mentale peut se produire tout aussi rapidement.

Imaginez les générations futures d'enfants élevés par des parents qui ont guéri de leurs propres histoires traumatiques. Imaginez si tous les enfants souffrant d'anxiété face aux examens, de phobie sociale, de peur de prendre la parole en public maîtrisaient les outils de la psychologie énergétique. Imaginez des équipes de professionnels de la santé mentale traitant des survivants de catastrophes naturelles et d'origine humaine, pour soulager les souffrances qui en découleraient sinon.



Figure 32. Séance d'EFT en groupe

Tout cela est tout à fait possible. En tant que société, nous disposons dorénavant des outils pour y parvenir, tout comme nous sommes parvenus à éradiquer de nombreuses maladies infectieuses il y a de cela plusieurs générations. Disposant de ces outils, il nous faut désormais avoir la vision et la volonté de les utiliser efficacement. Je crois que, collectivement, il se peut bien que nous prenions un jour cette décision, qui pourrait aboutir à une société future très différente de celle dans laquelle nous vivons actuellement. À mesure que nous éliminerons notre propre traumatisme individuel par la pratique de l'EFT, nous jouirons d'une vie plus heureuse et plus équilibrée. En partageant ces méthodes avec les autres, nous contribuons à une société plus heureuse et plus équilibrée. Nos enfants et nos petits-enfants nous en remercieront, tout comme nous tenons à remercier les héros qui nous ont offert un monde libre de la plupart des maladies dont les générations précédentes avaient souffert. Nous faisons partie d'un grand mouvement social qui, j'en suis convaincu, se traduira par un avenir bien meilleur que notre passé.

Récapitulatif

- On qualifie un événement de traumatisant lorsque : 1) il est perçu comme une menace à la survie physique de la personne, 2) il inhibe sa capacité à faire face, en lui donnant un sentiment d'impuissance, 3) il engendre un sentiment d'isolement, de solitude, et 4) il viole les

attentes de la personne concernée.

- Le traumatisme psychologique n'est pas qu'un simple trouble psychique. Presque tous les types de maladies affectant le physique s'accompagnent d'un taux de stress élevé, et il existe un lien indéniable entre les traumatismes de l'enfance non résolus et les maladies de l'adulte.
- Le corps ne sait pas faire la différence entre une pensée stressante et un événement stressant. Les pensées stressantes font passer le corps en mode de lutte ou de fuite ; c'est ainsi que l'on produit toute la neurophysiologie du stress dans le corps sans avoir de raison objective d'être en état d'alerte.
- Le stress cérébral renforce les voies neuronales qui se spécialisent dans le transport des signaux liés au stress, au détriment des régions du cerveau responsables de la mémoire, de l'apprentissage et la prise de décisions exécutives de haute qualité. Les symptômes du TSPT empirent souvent au fil du temps, car la neuroplasticité renforce les circuits du stress.
- La dissociation est un mécanisme d'adaptation qui compartimente un événement traumatique dans une « capsule à traumatisme », phénomène qui permet à l'individu de continuer à fonctionner dans une situation à laquelle il ne peut échapper.
- Stimuler en pensant à un événement stressant signale que l'on est à l'abri dans l'ici et le présent, et rompt l'association dans le système limbique du cerveau entre le souvenir stressant et la réaction de lutte ou de fuite. Cette pratique permet d'établir une base de sécurité à partir de laquelle on peut commencer à déballer nos capsules à traumatisme.
- Le traitement de chaque ancien combattant souffrant de TSPT coûte environ 1,4 million de dollars à la société. Pour la société, le coût du traitement des 400 000 anciens combattants du Vietnam restant atteints du TSPT et des 500 000 anciens combattants des dernières guerres au Moyen-Orient souffrant de TSPT, dépasse 1 000 000 000 000 \$US. Le coût cumulé de six séances avec un professionnel de l'EFT pour chacun de ces anciens combattants s'élèverait à 300 millions de dollars.

- Une étude sur la thérapie cognitivo-comportementale pour le TSPT, qui en est souvent le traitement de choix, a révélé que la moitié des participants ne répondaient pas au traitement, contrairement aux études qui montrent que l'EFT permet d'assurer une guérison permanente dans 80% des cas pour les anciens combattants.

Bibliographie

- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (2^e éd.). Washington, DC : Author.
- Angell, M. (2005). *The truth about the drug companies: How they deceive us and what to do about it*. New York, NY : Random House.
- Bagot, R. C., Zhang, T. Y., Wen, X., Nguyen, T. T., Nguyen, H. B., Diorio, J., Wong, T. P., & Meaney, M. J. (2012). Variations in postnatal maternal care and the epigenetic regulation of metabotropic glutamate receptor 1 expression and hippocampal function in the rat. *Proceedings of the National Academy of Sciences USA*, 109 (Suppl. 2), 17200–17207. DOI : 10.1073/pnas.1204599109
- Bandler, R., & Grinder, J. (1979). *Frogs into princes: Neuro linguistic programming*. Moab, UT : Real People.
- Belanoff, J. K., Kalehzan, M., Sund, B., Ficek, S. K., & Schatzberg, A. F. (2001). Cortisol activity and cognitive changes in psychotic major depression. *American Journal of Psychiatry*, 158 (10), 1612–1616.
- Beck, R. (1986). Mood modification with ELF magnetic fields: A preliminary exploration. *Archaeus*, 4 (48).
- Boris, N. W., Fueyo, M., & Zeanah, C. H. (1997). The clinical assessment of attachment in children under five. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36 (2), 291–293.
- Callahan, R. (1985). *Five minute phobia cure: Dr. Callahan's treatment for fears, phobias, and self-sabotage*. Blair, NE : Enterprise.
- Church, D. (2012). The dark side of neural plasticity. *Energy Psychology: Theory, Research, and Treatment*, 4 (2), 11–14.
- Church, D. (2013). *The EFT manual* (3^e éd.). Santa Rosa, CA : Energy Psychology Press.
- Church, D. (2014). Pain, depression, and anxiety after PTSD symptom remediation in veterans. *Explore: The Journal of Science and Healing*, 10 (3), 162–169.
- Church, D., & Brooks, A. J. (2014). CAM and energy psychology techniques remediate PTSD symptoms in veterans and spouses. *Explore: The Journal of Science and Healing*, 10 (1), 24–33.
- Church, D., Geronilla, L., & Dinter, I. (2009). Psychological symptom change in veterans after six sessions of EFT (Emotional Freedom Techniques): An observational study. *International Journal of Healing and Caring*, 9 (1).

- Church, D., Hawk, C., Brooks, A., Toukolehto, O., Wren, M., Dinter, I., & Stein, P. (2013). Psychological trauma symptom improvement in veterans using EFT (Emotional Freedom Techniques): A randomized controlled trial. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 201, 153–160.
- Church, D., Yount, G., & Brooks, A. J. (2012). The effect of Emotional Freedom Techniques (EFT) on stress biochemistry: A randomized controlled trial. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 200, 891–896. DOI :10.1097/NMD.0b013e31826b9fc1
- Church, D., Yount, G., Rachlin, K., Fox, L., & Nelms, J. (2015). Epigenetic effects of PTSD remediation in veterans using Clinical EFT (Emotional Freedom Techniques): A randomized controlled trial. Communication présentée lors de conférence de la Association for Comprehensive Energy Psychology (ACEP), Reston, VA, 30 mai 2015. Soumis pour publication.
- Damasio, A. R., Grabowski, T. J., Bechara, A., Damasio, H., Ponto, L. L., Parvizi, J., & Hichwa, R. D. (2000). Subcortical and cortical brain activity during the feeling of self-generated emotions. *Nature Neuroscience*, 3 (10), 1049–1056.
- Darwin, C. (1872). *The expression of the emotions in man and animals*. New York, NY : Appleton.
- Deacon, B. J., & Lickel, J. J. (2009). On the brain disease model of mental disorders. *Behavior Therapist*, 32 (6), 113–118.
- Ecker, B., Ticic, R., & Hulley, L. (2012). *Unlocking the emotional brain: Eliminating symptoms at their roots using memory reconsolidation*. New York, NY : Routledge.
- Fang, J., Jin, Z., Wang, Y., Li, K., Kong, J., Nixon, E. E.,...Hui, K. K.-S. (2009). The salient characteristics of the central effects of acupuncture needling: Limbic-paralimbic-neocortical network modulation. *Human Brain Mapping*, 30, 1196–1206. DOI :10.1002/hbm.20583
- Feinstein, D. (2010). Rapid treatment of PTSD: Why psychological exposure with acupoint tapping may be effective. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 47, 385–402. DOI :10.1037/a0021171
- Feldenkrais, M. (1984). *The master moves*. Cupertino, CA : Meta Publications.
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V.,... Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14 (4), 245–258.
- Figley, C. R. (Ed.). (1986). *Trauma and its wake: Traumatic stress theory, research and intervention*. New York, NY : Brunner/Mazel.
- Ford, D. E., & Erlinger, T. P. (2004). Depression and C-reactive protein in US adults: data from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *Archives of Internal Medicine*, 164 (9), 1010–1014.
- Freedman, A. M., Kaplan, H. I., & Sadock, B. J. (1975). *Comprehensive textbook of psychiatry*. New York, NY : Williams & Wilkins.
- Geary, D. C., & Huffman, K. J. (2002). Brain and cognitive evolution: forms of modularity and functions of mind. *Psychological Bulletin*, 128 (5), 667–698.
- Geronilla, L., McWilliams, M., & Clond, M. (17 avril 2014). EFT (Emotional Freedom

- Techniques) remediates PTSD and psychological symptoms in veterans: A randomized controlled replication trial. Présenté aux Grand Rounds, Fort Hood, Killeen, Texas.
- Gorey, K. M., & Leslie, D. R. (1997). The prevalence of child sexual abuse: Integrative review adjustment for potential response and measurement biases. *Child Abuse and Neglect*, 21 (4), 391–398.
- Hart, J. (2012). *The national CV of Britain: A non-PC history of Britain*. London : Edfu.
- Hidaka, B. H. (2012). Depression as a disease of modernity: Explanations for increasing prevalence. *Journal of Affective Disorders*, 140 (3), 205–214.
- Horton, R. (2004). The dawn of McScience. *New York Review of Books*, 51(4), 7–9.
- Hui, K. K. S., Liu, J., Marina, O., Napadow, V., Haselgrove, C., Kwong, K. K.,...Makris, N. (2005). The integrated response of the human cerebro-cerebellar and limbic systems to acupuncture stimulation at ST 36 as evidenced by fMRI. *NeuroImage*, 27, 479–496.
- Ingelfinger, F. (1977). Health: A matter of statistics of feeling. *New England Journal of Medicine*, 24 février, 448–449.
- Kanter, E. (2007). *Shock and awe hits home*. Washington, DC : Physicians for Social Responsibility.
- Karatzias, T., Power, K., Brown, K., McGoldrick, T., Begum, M., Young, J.,...Adams, S. (2011). A controlled comparison of the effectiveness and efficiency of two psychological therapies for posttraumatic stress disorder: Eye Movement Desensitization and Reprocessing vs. Emotional Freedom Techniques. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 199 (6), 372–378.
- Kardiner, A. (1941). *The Traumatic Neuroses of War*. New York, NY : P. B. Hoeber.
- Kip, K. E., Elk, C. A., Sullivan, K. L., Kadel, R., Lengacher, C. A., Long, C. J.,...Diamond, D. M. (2012). Brief treatment of symptoms of post-traumatic stress disorder (PTSD) by use of Accelerated Resolution Therapy (ART). *Behavioral Sciences*, 2 (2), 115–134. DOI :10.3390/bs2020115
- Krystal, J. H., Rosenheck, R. A., Cramer, J. A., Vessicchio, J. C., Jones, K. M., Vertrees, J. E.,...Stock, C. (2011) Adjunctive risperidone treatment for antidepressant-resistant symptoms of chronic military service-related PTSD: A randomized trial. *JAMA*, 306 (5), 493–502.
- Lipton, B. H. (2008). *The biology of belief: Unleashing the power of consciousness, matter and miracles*. Carlsbad, CA : Hay House.
- McGowan, P. O., Sasaki, A., Huang, T. C., Unterberger, A., Suderman, M., Ernst C.,...Szyf, M. (2008). Promoter-wide hypermethylation of the ribosomal RNA gene promoter in the suicide brain. *PLoS One*, 3 (5), e2085. DOI :10.1371/journal.pone.0002085
- McNally, R. J. (2006). Cognitive abnormalities in post-traumatic stress disorder. *Trends in Cognitive Sciences*, 10 (6), 271–277.
- Monson, C. M., Schnurr, P. P., Resick, P. A., Friedman, M. J., Young-Xu, Y., & Stevens, S. P. (2006). Cognitive processing therapy for veterans with military-related post-traumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 898–907.

- Nader, K. (2003). Memory traces unbound. *Trends in Neurosciences*, 26 (2), 65–72.
- Napadow, V., Kettner, N., Liu, J., Li, M., Kwong, K. K., Vangel, M.,...Hui, K. K. (2007). Hypothalamus and amygdala response to acupuncture stimuli in carpal tunnel syndrome. *Pain*, 130 (3), 254–266.
- Petrovic, P., Ekman, C. J., Klahr, J., Tigerström, L., Rydén, G., Johansson, A. G., ... & Landén, M. (2015). Significant gray matter changes in a region of the orbitofrontal cortex in healthy participants predicts emotional dysregulation. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*. Published online June 15, 2015. DOI :10.1093/scan/nsv072
- Poulter, M. O, Du, L., Weaver, I. C., Palkovits, M., Faludi, G., Merali, Z., Szyf, M., & Anisman, H. (2008). GABAA receptor promoter hypermethylation in suicide brain: Implications for the involvement of epigenetic processes. *Biological Psychiatry*, 64 (8), 645–652. DOI :10.1016/j.biopsych.2008.05.028
- Rodriguez, T. (2012). Can eye movements treat trauma? *Scientific American*, 19 décembre 2012. Disponible à l'adresse <http://www.scientificamerican.com/article/can-eye-movements-treattrauma>
- Scaer, R. C. (2007). *The body bears the burden: Trauma, dissociation, and disease* (2^e éd.). New York, NY : Routledge.
- Scaer, R. C. (2012). The dissociation capsule. Disponible à l'adresse <http://www.traumasoma.com/excerpt1.html>
- Seal, K. H, Maguen, S., Cohen, B., Gima, K. S., Metzler, T. J., Ren, L.,...Marmar, C. R. (2010). *Journal of Traumatic Stress*, 23 (1), 5–16.
- Shapiro, F. (1989). Eye movement desensitization and reprocessing: A new treatment for posttraumatic stress disorder. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 20, 211–217.
- Smith, C. (29 décembre 2012). Soaring cost of military drugs could hurt budget. *American Statesman*. Disponible à l'adresse <http://www.statesman.com/news/news/national-govt-politics/thesoaring-cost-of-military-drugs/nThwF>
- Spielberg, J. M., McGlinchey, R. E., Milberg, W. P., & Salat, D. H. (2015). Brain network disturbance related to posttraumatic stress and traumatic brain injury in veterans. *Biological Psychiatry*, 78 (3), 210–216.
- Sroufe, L. A., Egeland, B., Carlson, E. A., & Collins, W. A. (2010). *The development of the person: The Minnesota Study of Risk and Adaptation from Birth to Adulthood*. New York, NY : Guilford.
- Swanson, L. (2014). *Neuroanatomical terminology: A lexicon of classical origins and historical foundations*. New York, NY : Oxford University Press.
- Tal, K. (26 février 2013). PTSD: The futile search for the “quick fix.” *Scientific American*. Disponible à l'adresse <http://news.yahoo.com/ptsd-futile-search-quick-fix-163000525.html>
- Traquair, H. M. (1944). *An introduction to clinical perimetry* (4^e éd.). St. Louis, MO : C. V. Mosby.
- Trickett, P. K., Noll, J. G., & Putnam, F. W. (2011). The impact of sexual abuse on female development: Lessons from a multigenerational, longitudinal research study. *Development and Psychopathology*, 23 (02), 453–476.

- Tronick, E., Als, H., Adamson, L., Wise, S., & Brazelton, T. B. (1979). The infant's response to entrapment between contradictory messages in face-to-face interaction. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 17 (1), 1–13.
- Tronick, E. Z. (1989). Emotions and emotional communication in infants. *American Psychologist*, 44 (2), 112.
- Tym, R., Beaumont, P., & Lioulios, T. (2009). Two persisting pathophysiological visual phenomena following psychological trauma and their elimination with rapid eye movements: A possible refinement of construct PTSD and its visual state marker. *Traumatology*, 15 (3), 23–33.
- Tym, R., Dyck, M. J., & McGrath, G. (2000). Does a visual perceptual disturbance characterize trauma-related anxiety syndromes? *Journal of Anxiety Disorders*, 14 (4), 377–394.
- U.S. Department of Health and Human Services. (2012). *Child maltreatment 2011*. Washington, DC : Administration for Children and Families, Administration on Children, Youth and Families, Children's Bureau. Disponible à l'adresse <http://www.acf.hhs.gov>
- Van der Kolk, B. A. (2014). *The body keeps the score: Brain, mind, and body in the healing of trauma*. New York, NY : Viking.
- Van Ijzendoorn, M. H., Schuengel, C., & Bakermans-Kranenberg, M. J. (1999). Disorganized attachment in early childhood: Meta-analysis of precursors, concomitants, and sequelae. *Development and Psychopathology*, 11 (2), 225–250.
- Vasterling, J. J., & Brewin, C. R. (Dir.). (2005). *Neuropsychology of PTSD: Biological, cognitive, and clinical perspectives*. New York, NY : Guilford.
- Wells, S., Polglase, K., Andrews, H. B., Carrington, P., & Baker, A. H. (2003). Evaluation of a meridian-based intervention, Emotional Freedom Techniques (EFT), for reducing specific phobias of small animals. *Journal of Clinical Psychology*, 59, 943–966. DOI :10.1002/jclp.10189
- Whitaker, R. (2011). *Anatomy of an epidemic: Magic bullets, psychiatric drugs, and the astonishing rise of mental illness in America*. New York, NY : Random House.
- Winnicott, D. W. (1956). *Primary maternal preoccupation*. London : Tavistock.
- Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Palo Alto, CA : Stanford University Press.