

A l'attention des participants à la rencontre internationale de PGRO 29 et 30 août 2014 à Paris

Réflexions sur le champ 3 Traumatique

Partie 1 : Contribution de François Lafond, page 1 à 9

Partie 2 : Contribution de Marie-Pascale Martorell, page 10 à 15

Partie 1 : Contribution de François Lafond

Mon approche de ce projet commun

Marie Pascale Martorell et moi-même vous proposons une réflexion théorico-clinique sur le traitement des traumatismes adultes, ceux du champ 3 donc, que nous appellerons *champ 3 traumatique (Champ 3T)*. Pour ma part, j'ai déjà élaboré autour de ce concept de champ traumatique dans un article paru en 2012 dans la *Revue québécoise de Gestalt*. Dans le même numéro de la revue de l'AQG, Marie-Pascale se permettait sur les neurosciences affectives et ce, en même temps qu'elle terminait la co-translation d'un livre de Cozolino. Aujourd'hui, elle s'affaire à écrire un bouquin sur la relation thérapeutique optimale appliquée au coaching, approche où elle fait école.

Marie-Pascale est une grimpeuse : elle voit large, a de l'audace et du souffle. Pour notre aventure, elle ne voulait pas se contenter de faire un tour de piste académique et convenu : il lui fallait explorer, expérimenter et aller plus loin. Elle me l'a dit dès nos premières rencontres de travail. Heureusement qu'elle a accepté de jouer sur mon terrain car je ne suis pas sûr d'avoir pu tenir son rythme sur un autre sentier que celui que je connais le mieux : celui du stress post-traumatique et des neurosciences. Elle s'est offerte pour réfléchir autrement les phénomènes survenant dans les champs 1, 2 et 3 en testant la pertinence clinique d'un champ 3 traumatique ainsi que son implication dans le travail thérapeutique. Sa démarche a énormément contribué à ma réflexion sur le trauma et le travail clinique auprès de personnes traumatisées.

Mon contexte de travail

Pratiquant la psychologie clinique au sein des forces armées canadiennes depuis l'an 2000, ma clientèle est essentiellement composée de personnes éprouvées par la guerre. La manière dont mes clients sont marqués par les actes de guerre me semble révéler quelque chose d'essentiel sur la nature des émotions, leurs mécanismes d'activation/désactivation, leur lien à la survie et sur l'aspect déterminant des chocs traumatiques dans le fonctionnement global de la personne, voire de la personnalité.

Car il faut bien le constater, l'état de stress post-traumatique altère en profondeur le rapport à soi et aux autres. Cette altération se loge parfois dans les failles de la personnalité et fait résonner les carences développementales : cette personne fragile à l'abandon ne se remet pas d'avoir été laissée à elle-même devant un péril sévère. Parfois, au contraire, l'évènement traumatique semble être venu à bout de ressources de résilience de haut niveau pour laisser une empreinte profonde qui dessine la forme de la tragédie vécue : on le remarque par la honte ou la culpabilité d'avoir tué, une blessure qui semble affecter de manière assez prévisible non pas selon la *personnalité* qui commet l'acte, mais selon les circonstances précises de la survenue de l'acte. Le fonctionnement de la personnalité, largement déterminé par le passé développemental, pourrait-il être à ce point reconfiguré par des événements de la vie adulte?

Il m'apparaît essentiel de tenir compte de cette hypothèse quand vient le temps d'approcher une souffrance dont la présentation clinique mime autant celle d'une pathologie de la personnalité. Cela dit, on devra toutefois distinguer ce qui provient de ces deux affluents de l'état de stress post-traumatique : le passé développemental et la (les) situation (s) traumatisante(s). Ces deux affluents contribuent dans des proportions infiniment variables à la pathologie post-traumatique. À une extrémité, les chocs prévisibles de la vie normale des êtres humains et à l'autre, ce que je me permettrai de nommer les mises à l'épreuve extrêmes de nos capacités de survie physique, relationnelle et émotionnelle. Les actes de guerre, dans la mesure de leur intensité ou de leur durée, peuvent donc contribuer au traumatisme de manière dominante, voire presque exclusive. Un ajustement du processus thérapeutique doit se faire en conséquence, redirigeant la recherche des sources du trauma vers un champ peu exploré en PGRO, soit la portion traumatique du champ 3.

PGRO et stress post-traumatique

La notion de stress post-traumatique est au premier abord assez limpide : une situation extrême cause un dérèglement des capacités de régulation émotionnelle. Puis on se pose les questions qui compliquent : d'abord pourquoi cette personne-ci ne résiste-t-elle pas à cet événement-là ? On pourra chercher du côté de « cet événement-là » et puisque nous sommes PGRistes, on le mettra en lien avec la personnalité et les thèmes sensibles du développement de « cette personne-ci » ? Convenons qu'on commettrait une erreur en se limitant à l'un ou l'autre des bouts de cette lorgnette, à l'un ou l'autre des *affluents*. Voyons comment cela poserait problème.

La réflexion PGRiste, nous le savons, dispose de repères théoriques qui éclairent sur l'origine lointaine des difficultés de l'adulte à s'adapter aux réalités parfois brutales de l'existence. Elle s'attarde en particulier au parcours développemental à travers des chantiers de l'attachement, de l'estime de soi, de la maturation érotique et le développement du sens éthique. Cette perspective permet de comprendre la robustesse ou la vulnérabilité relatives de l'appareil psychique : « Un arrêt du développement ou un compromis relationnel qui a privé le client de l'élaboration de ses pleines ressources psychiques. Celles-ci auraient du lui permettre d'affronter les aléas normaux de l'existence sans compromettre son équilibre cognitif, affectif ou comportemental » (Delisle et Girard, 2012, p. 29).

Mais quelle place fait-on à la question des *aléas anormaux*? Je parle ici de ces événements traumatiques qui mettent à l'épreuve les limites sensorielles et émotionnelles en raison de leur violence et de leur intensité. Ou bien ce concept d'*aléas anormaux* est simplement négligé jusqu'ici en PGRO, ou bien il est répudié par avance (les aléas sont dans la normalité des choses et ne peuvent donc pas se distinguer par leur anormalité). Voyons cela.

La première explication ne dépassera pas le stade du simple constat : la PGRO dit bien peu, voire rien du tout, sur l'impact d'incidents *fondateurs* du champ 3, survenant donc dans le passé contemporain (hors du champ développemental) et pouvant générer des patterns relationnels pathologiques. La notion du trauma adulte (*ces aléas anormaux*), vole donc sous les radars de la PGRO. Le champ 3 demeure probablement celui sur lequel la PGRO a le moins à dire.

La seconde explication possible de ce vide conceptuel permet davantage d'élaboration et suppose la répudiation du concept même de trauma adulte. Schore (2010) est d'ailleurs allé dans ce sens en prenant un peu rapidement pour acquis, à mon avis du moins, que seules les personnes présentant une vulnérabilité particulière allaient développer un ÉSPT. Ainsi, alors que la plupart des gens font face, pendant leur existence, à des situations pouvant rencontrer le critère A du DSM, seule une

minorité développera un ÉSPT. Delisle et Girard articulent cette compréhension autour de la métaphore de la personnalité vue sous sa fonction immunitaire : « De même, on peut jouir d'une robuste constitution psychologique et être effondré par quelques tragédies personnelles en forme de deuils, de trahisons. La personnalité saine se distingue par sa capacité à métaboliser optimalement ses expériences, à mobiliser ses défenses psychiques quand elle est sous attaque et à se rétablir ensuite. (Delisle et Girard, p. 24)

Dans tous les cas, on comprend que le choc traumatique, chez la personnalité saine, ne devrait pas conduire au développement d'un état chronique de stress post-traumatique. En conséquence, on reconnaîtra que la blessure se logera dans la vulnérabilité de la personne (ou de la personnalité). Résumons cela à l'aide de cet aphorisme : *le verre casse parce qu'il est fêlé et il cassera le long de la fêlure*. Cette perspective, si limpide soit-elle, pourrait nous éloigner d'une compréhension alternative et essentielle du stress post-traumatique observé chez des personnalités relativement saines : *le verre casse parce qu'il est frappé et cèdera là où il est frappé*. Cela suppose que l'on convienne de l'existence d'*aléas anormaux* comme agents de dysrégulation émotionnelle chronique, transformant de manière significative les rapports de la personne à elle-même et aux autres. Si l'on accepte cette perspective, l'exploration de l'incident traumatique contemporain chez l'adulte, autant que celle des chantiers développementaux, nous dira beaucoup sur la nature de la blessure traumatique et ultimement sur son traitement.

Ce raisonnement théorique procède cependant à l'inverse de celui, essentiellement empirique, qui me conduit à ces conclusions. Je suis parti d'une observation phénoménologique des réactions post-traumatiques. Ainsi, j'observais jour après jour les dérèglements spectaculaires du système nerveux autonome sous forme de sursaut, d'hypervigilance, d'irritabilité, d'incapacité à se détendre et d'explosion de colère ; ou encore l'appauvrissement des capacités relationnelles, la transformation dramatique de la représentation de soi, des autres et de l'environnement perçu désormais comme imprévisible et menaçant. Une constante m'a sauté aux yeux : tout cela porte l'empreinte étonnement fidèle de cette blessure, les caractéristiques du choc auquel le client fut soumis et transforme la personne d'une manière qu'elle ne se ressemble plus. En y regardant de plus près, j'ai constaté comment des mécanismes instinctuels se sont déployés avec plus ou moins de succès en réponse à une menace précise éprouvée au plus profond de l'être. Depuis, la personne continue de vivre « comme-si » la menace sévissait encore, sans égard à la réalité. Les capacités de mentalisation ne sont pas en cause : la personne ressent désormais la réalité autrement, habitée soit par la rage meurtrière, la peur de mourir, l'impuissance, la tragédie de la perte de l'autre, la culpabilité ou la honte suite à l'acte de tuer. Un vécu égo-dystone, dont le caractère irrationnel est convenu par le client s'empare désormais de son quotidien qui se mobilise autour de thèmes envahissants (peur, rage, angoisse de séparation, etc) qui trouvent peu d'écho dans l'équilibre pré-morbide. Ce qui résonne toutefois, ce sont les réverbérations des situations du champ 3 traumatique, là où se déroule l'intolérable.

En introduisant l'intolérable, j'emprunte à dessin la terminologie de ce qui se joue dans le champ 4 de la PGRO. Et on pourrait craindre un détournement de sens de ma part, si je ne tenais pas compte de la complexité de ce qui se joue dans les trois grands chantiers développementaux. Rappelons ici les contenus du champ 4, ces impasses à l'origine des micro-champs introjectés et qui sont en quelques sortes des empreintes relationnelles implicites qui façonnent depuis les représentations de soi et du monde extérieur (la MRC). Mais j'insiste : la réaction post-traumatique est le résultat de ce qui s'apparente à des MI : la rencontre d'un intolérable et d'un indispensable, cela se déroulant en tout ou en partie sous le seuil de la conscience. L'intolérable, c'est la fatalité qui frappe et l'indispensable, c'est de ne pas avoir le choix de la traverser. Et pour comprendre ce fonctionnement régressé d'un adulte en situation extrême, je retiens qu'en pareille situation, le

système nerveux est sollicité avec une intensité telle que les mécanismes régulateurs seraient mis hors d'état, en particulier les circuits pré-frontaux inhibiteurs de l'activité amygdalienne, circuits déjà construits depuis les premières phases du passé développemental. Traumas contemporains et MI hérités de l'enfance, s'ils ne sont pas assimilables complètement, sont des cousins cliniques.

Résumons en intégrant davantage les concepts de la PGRO : depuis le trauma, le ÇA est envahi par des émergences propres aux réactions extrêmes face à une menace grave. La personne est donc mobilisée par des émotions *liées à la survie* (disons le ainsi pour l'instant) et dont une large part peut échapper à sa conscience. Elle garde un souvenir de « sa vie d'avant le trauma », mais n'en fait plus l'expérience émotionnelle. La MRC se teinte des couleurs du drame et défie les représentations adaptées de jadis (l'environnement est sécuritaire, les gens sont généralement bons, je suis une bonne personne, etc.). Bref, les représentations d'alors ne passent plus le test des émotions : l'expérience intime traduit une réalité différente, qui appartient au drame.

L'importance des processus primaires

Même en reconnaissant cette transformation du fonctionnement de la personnalité et la réalité d'un champ traumatique, une autre question se pose et concerne les processus qui déclenchent ces réponses émotionnelles ainsi ceux qui les maintiennent. Cette question est essentielle parce qu'avant tout, on voudra comprendre les processus qui mettent fin ou inhibent ces tonalités émotionnelles propres à l'ÉSPT.

L'éclairage qui m'apparaît le plus utile reconnaît l'importance des processus primaires ou instinctuels dans l'ÉSPT. Parmi les repères incontournables pour s'aventurer sur ce terrain, les travaux de Jaak Panksepp (2012) nous proposent une compréhension approfondie des principes de notre rapport à l'existence et aux autres (voir Martorell (2012) pour un exposé plus détaillé). Ainsi, les fondements de nos émotions reposent sur des mécanismes primaires, indépendants par conséquent de la conscience et de la volonté, qui nous font ressentir -et nous poussent à agir- dans un sens ou dans l'autre, tout cela au service de la survie. Chez les mammifères, ces mécanismes psychobiologiques régissent un ensemble de réponses motrices et sensorielles, intégrant parfois des réponses prosociales complexes. Dans ce dernier cas, on retrouve les comportements de soins (souvent maternels), l'angoisse de séparation initiant la production de signaux de détresse d'un certain type, le jeu (en particulier par la simulation de rapports de domination et de soumission) ainsi que les comportements favorisant la reproduction. Panksepp identifie par ailleurs des systèmes assez distincts produisant une réponse de peur et de fuite (ou de paralysie) en conséquence, de rage et de combat en conséquence, d'exploration et d'accumulation de ressource. Les menaces graves à la survie enclenchent la plupart du temps des réactions automatiques guidées par l'instinct. On peut observer ces processus qui nous viennent de notre histoire phylogénétique dans les récits anecdotiques rapportant des comportements d'une bravoure hors du commun, des réactions de fuite ou de panique incontrôlables, des états de torpeur ou des actes d'une violence démesurée suite à des menaces extrêmes. Ces réactions s'enclenchent donc et demeurent souvent enclenchées de manière chronique, comme si la personne avait été privée des signaux devant confirmer la fin de la menace, ou comme si ces signaux avaient été détournés ou inhibés pour finalement échapper à la *conscience*. Autrement dit, puisque le système nerveux n'a pas enregistré la fin de la menace, il maintient sa position défensive.

Les réactions traumatiques peuvent donc être comprises comme des processus internalisés reproduisant une des nombreuses versions du combat pour la vie (fuir, se battre, implorer l'aide ou disparaître). Mais ces processus internalisés sont davantage objectivés et conscientisés parce qu'ils surviennent à un âge de plus grande maturité neurologique et psychologique. Cette maturité est

cependant mise hors de combat en proportion du niveau d'alerte limbique et dans la mesure où des processus primaires massifs (réactions instinctuelles) prennent la relève face à une menace grave et intraitable. Les représentations du trauma logent dans sorte d'antichambre entre le monde interne et externe.

La compréhension approfondie de ces processus primaires enrichit certainement la capacité empathique du thérapeute et par conséquent le dialogue thérapeutique. Par exemple, elle propose des guides pour réfléchir sur les manifestations somatiques du client et du thérapeute ainsi que sur la nature précise des émotions qui y correspondent. Elle permet aussi de révéler les discordances fréquentes entre l'émotion réelle et inscrite dans le corps, la représentation souvent déformée de cette émotion et déformée à nouveau dans la mise en mot pour préciser mieux les véritables enjeux émotionnels liés au trauma. Ces repères favorisent aussi la recherche de comportements inhibés (s'être empêché de fuir, avoir retenu la riposte violente, s'être dérobé au regard implorant de celui qui agonise, s'être retenu d'appeler à l'aide, s'être privé de jubiler après avoir survécu alors que l'autre est décédé) pour se donner une idée de ce qui reste à compléter. Il m'apparaît clair que les systèmes émotionnels de base agissent chez la personne traumatisée comme une gestalt incomplète, qui maintient une charge d'énergie qui mobilise le client de façon chronique. Cette compréhension de l'ÉSPT fort éclairante a retenu l'attention de certains auteurs (entre autre Levine, 2010, ou voir à ce sujet Lafond, 2012).

Comprendre ce qui manque, c'est comprendre le client traumatisé. Le dialogue se réchauffe donc et il se crée un espace où le thérapeute et son client s'exposent à la texture de ce drame et en ressentent davantage les enjeux et les impasses : ils devront inventer ensemble les gestes qui libèrent. Il s'agit d'une construction dans le lien, mais qui doit souvent inclure « les autres » impliqués dans le drame, ceux qui hantent, ceux qui désespèrent, ceux qui terrifient et qui s'interposent encore entre le client et le thérapeute, entre le client et le reste du monde. C'est un passage obligé à mon avis et qui invite à des transitions interchamps (champ 1 - champ 3T) fertiles.

Résumons ici les particularités du terrain sur lequel je vous convie. D'abord, le trauma est un processus pathologique transformant de manière massive et chronique le fonctionnement de la personne et pouvant se développer en parallèle des déterminants de la personnalité. Ensuite, nous le comprendrons comme une blessure affectant les processus primaires, ceux-là qui s'activent et s'imposent, en quelque sorte, lors d'un péril intense à la survie. Ces processus prennent la forme d'émergences intempestives qui perturbent les rapports à l'autre et les représentations du monde externe, que nous pouvons observer sous la forme d'émergence dans le ÇA, comprendre comme une version d'un microchamp introjecté, transformant d'une certaine façon la MRC et affectant les fonctions JE (aspect qu'il faudrait développer davantage).

L'ajustement du travail clinique chez les personnes souffrant de traumatismes adultes.

Une adaptation du travail thérapeutique est proposée en conséquence, où la réflexion multimodale considère à la fois les théories du développement, d'une part et l'éclairage des neurosciences sur le fonctionnement instinctuel des humains en situation de menace extrême, d'autre part. Par ailleurs, la compréhension du processus thérapeutique accepte que la problématique du client, son trauma, ne se reproduit pas (et ne se résout pas) nécessairement dans le champ 1, en tout cas pas de la même manière. Le thérapeute a donc une posture un peu différente, n'est pas autant un écran de projection. Le client et le thérapeute sont amenés à être attentifs aux perturbations venant de processus internalisés depuis le trauma. Ils s'engagent à les révéler, les ressentir, les réfléchir et ultimement à co-crée les scénarios devant permettre leur résolution. Il s'agit d'un parcours devant mener au désamorçage des mécanismes instinctuels laissés en suspens depuis le trauma.

Cette explication plutôt théorique mérite certainement un retour à une réalité concrète, celle du travail thérapeutique et de ses opérations tangibles. C'est sur ce terrain précis que s'est engagée courageusement Marie-Pascale. Je vais quant à moi donner quelques exemples de travail thérapeutique avec des clients souffrant de traumatismes de guerre.

L'exemple de Joé est utile pour comprendre comment un verrouillage émotionnel intervient lorsque se succèdent les émergences émotionnelles fortes en situation de survie. Ce verrouillage correspond en fait à une définition pratique du trauma : une émotion verrouillée, qui reste enclenchée et qui en verrouille d'autres. Les émotions dont je parle ici sont comprises selon une compréhension panksépienne.

Joé (nom fictif) consulte alors qu'il est affecté depuis bientôt 20 ans (il est au tournant de la quarantaine) par des situations traumatiques d'importance et d'intensité variables. Il est un jeune fantassin d'à peine 20 ans quand il est déployé en ex-Yougoslavie au sein d'une force de maintien de la paix de l'ONU. Le contexte du trauma principal et de son traitement sont expliqués ici :

Joé fait partie d'un petit convoi faiblement armé composé de véhicules légers : lui et ses collègues doivent quitter rapidement une vallée où s'affronteront bientôt d'imposantes forces rivales (artillerie, blindés, etc). S'ils ne quittent pas à temps, ils seront anéantis sous les feux croisés de ces deux belligérants. Ils entendent déjà le grondement des explosions et ils doivent regagner sans délai le camp principal. Joé est passager à l'avant du camion. Arrivant à l'entrée d'un village qui se trouve à la limite de cette zone dangereuse, ils rencontrent un attroupement le long du chemin. Ils ralentissent mais soudainement, un enfant d'à peine trois ans se glisse entre le véhicule qui le précède et le sien. L'impact est inévitable.

Le convoi doit s'arrêter. Il est bouleversé par la scène, entre autre le bruit de l'impact qui annonce le pire. Il sort pour aller porter secours à l'enfant. En voulant s'approcher, la foule lui est hostile et lui lance des pierres. Ils sont nombreux et hurlent des insultes. Il se protège et finit par arriver près de l'enfant. L'enfant est inconsciente, son corps semble désarticulé. Il ne veut pas la déplacer par peur de la blesser davantage, si elle n'est pas déjà morte. Dans les minutes qui suivent, un véhicule civil arrive en trombe, ses deux occupants saisissent l'enfant et la projettent (selon son souvenir) sur la banquette arrière. Il est scandalisé. Puis des officiers locaux arrivent et veulent l'arrêter comme témoin à charge. Il est terrorisé. L'utilisation de la force est exclue puisque ce serait s'exposer comme cible à l'une des deux forces en présence, largement supérieure à la leur. Un sergent doit longuement parlementer pour qu'ils le libèrent et lui permettent de regagner son équipe pour retourner au camp. Depuis cet incident, il n'a plus jamais été le même. Ce constat est aussi celui de ses proches.

Voyons les émotions qui se succèdent :

- 1 – La peur des combats violents qui s'amorcent et le comportement de fuite en conséquence. L'interruption de la fuite à cause de l'accident et l'augmentation de la peur maintenant qu'ils sont à la merci d'une population en colère : verrouillage d'une première émotion de peur ;
- 2 – Les multiples émotions liées à l'accident. Au moins trois réponses émotionnelles sont activées et se télescopent en succession : d'abord la peur qui l'amènerait à fuir les lieux (ne pas être exposé au corps de l'enfant mutilé puis éviter la foule hostile) ; ensuite la panique (au sens de Panksepp) ressentie par empathie à la vue d'un enfant blessée, en détresse, abandonnée sur le sol, sans que l'on puisse lui venir en aide. Enfin le malaise face à l'évacuation brutale de l'enfant et la colère qui en résulte mais qui doit être contenue. Ces émotions sont verrouillées par l'autre péril qui se pointe : la possibilité d'être détenu (retenu en zone de danger) par des autorités civiles hostiles.

3 – Le soulagement au moment de quitter la zone de combat, soulagement tenu hors champ par les images envahissantes de l'enfant qui agonise. Ce sont finalement ces images qui hanteront le militaire, prendront la forme de flash-back (quasi hallucination alors qu'il voit du coin de l'œil l'enfant traverser le corridor de son appartement et se dérober à sa vue sitôt qu'il dirige son regard vers elle).

La présentation clinique porte l'empreinte de cette blessure traumatique : il est plutôt déprimé, est incapable de s'attacher à qui que ce soit (sauf à son fils qui aura trois ans au début d'une thérapie qui se prolongera sur deux années). Ses relations amoureuses sont désastreuses. Il a une faible libido. Il évite les gens parce qu'il *ne se sent plus*, vit dans une réalité qui échappe aux autres. Il a peur le soir, doit avoir quelqu'un avec lui sinon il est terrorisé par les réminiscences de l'enfant.

Le travail thérapeutique suivra souvent une chronologie inverse de celle du trauma. Dans le cas de Joé, le malaise et la culpabilité face au décès de l'enfant est ce qui domine et retient d'abord l'attention. Il est envahi par l'image de l'enfant. Il aurait aimé réagir plus vite en alertant à temps le chauffeur. Il dira que rien de pire ne peut arriver à un homme que de causer la mort d'un enfant. Il sait qu'il n'a rien à se reprocher mais ressent malgré tout une forte culpabilité, l'émotion liée à son incapacité d'agir, de sortir l'enfant de son état intolérable. Il revoit dans les détails la petite fille et ressent, sur le plan neurodynamique, les manifestations de l'angoisse de séparation (panic) : boule dans la gorge, envie de crier ou de pleurer, désir d'un contact où elle s'anime et lui répond, etc.

Le travail de mise en mot et d'écoute empathique sur la réalité de ces émotions apaisera un peu sans résoudre le trauma. C'est plus loin qu'apparaîtront les émotions de colère et de peur : la peur et la colère contre la brutalité avec laquelle on traite l'enfant, puis contre son collègue chauffeur qui a réagi trop lentement et n'est pas parvenu à immobiliser le véhicule à temps. Le travail thérapeutique s'emploie à les identifier et à les relier à des séquences de la scène, de manière à bien ressentir les émergences émotionnelles et ce qu'elles animent chez la personne (le désir de repli pour la peur, l'impulsion pour une action puissante et ciblée pour la colère).

Une interprétation neurodynamique du trauma de Joé

Le travail le plus réparateur fut rendu possible par la suite. Il s'est attardé à la relation complexe entre le client et l'enfant décédée. D'une part une profonde tristesse et un désir de réparation, d'autre part une terreur face à l'enfant qui le hante et prend possession de sa vie. Sur un plan neurodynamique, la culpabilité semble dominante et s'observe par une fixation sur l'image de l'enfant et la douleur de ne pas pouvoir intervenir. L'intensité de l'activation suit l'intensité du contact avec l'enfant, cela couplé à l'échec des tentatives réelles ou fantasmées de régulation (agir sur l'enfant, corriger sa posture, la réanimer...). La tonalité vagale de l'engagement social (passant par les noyaux ambigus) échoue et accentue la détresse au lieu de l'apaiser. Ma meilleure compréhension de ce phénomène implique que l'activité sympathique qui déclenche les réactions de fuite, de paralysie ou de combat demeure extrême mais malgré tout dominée et freinée par la tonalité parasympathique de l'engagement social (Porges, 2011). Ce qui devrait permettre une régulation par le contact échoue et provoque l'effet contraire : le frein vagal (engagement social) reste coincé de manière chronique, comme une impasse de contact, en reproduisant dans le champ contemporain de manière chronique le même senti émotionnel (angoisse de séparation) et sensorimoteur qui en retour ramène sans cesse la même représentation mentale (l'enfant), sous forme de flash-back répétitifs.

Des pistes de traitement en conséquence

L'hypothèse qui fut la plus fertile fut donc de postuler que l'angoisse de séparation (Panic de Panksepp) est à la source du malaise, soit l'enfant qui « s'en va », qui ne réagit pas quand on l'implore de survivre, qui « abandonne », qui est dérobée par des hommes qui la font disparaître à tout jamais. Cette compréhension a permis un dialogue qui cette fois se révèle réparateur. Ce dialogue se déroule entre le client et une version « réparée » de l'enfant. Il se déroule aussi bien sûr entre le thérapeute et le client, dans une zone d'attention partagée entre le champ 1 et le champ 3T. Dans ce dialogue, le client entend son thérapeute proposer des éléments de dialogue aptes à dénouer le trauma, à compléter ce qui reste à compléter pour que se désamorcent les réactions chroniques de peur, d'angoisse de séparation et de colère.

Voilà les éléments que j'ai retenus et dont je suppose qu'ils furent les plus déterminants : l'enfant et le client parlent ; le contact est rétabli. Le client exprime son regret de ce qui s'est passé. L'enfant entend et confirme au client qu'elle l'a bien vu, que sa présence compassionnée à l'occasion de ses derniers moments de vie lui ont fait du bien. Une élaboration autour des derniers moments de l'enfant s'adresse donc d'abord à l'angoisse de séparation : elle fait vivre l'autre et rétablit la relation. Elle s'adresse aussi à la peur parce que ce dialogue évoque les périls de l'homme, l'inquiétude qu'il ne puissent quitter à temps, le besoin de se presser et la joie de finalement s'en être sorti vivant, cela nommé par l'enfant en guise de derniers adieux. Ce dialogue en champ 3T se déroule évidemment dans le champ 1, alors que le thérapeute se risque à mettre en mot ce qu'il conçoit correspondre à ce que le client aurait besoin d'imaginer, de voir, d'entendre et de ressentir. Convenons que cet exercice n'aura un impact qu'au terme d'une patiente exploration de la complexité du vécu de ce client en lien avec le trauma et d'une compréhension fine des processus primaires qui se déploient en situation de survie.

En guise de conclusion

La réflexion autour d'un champ 3T en PGRO trouve encore peu d'écho. Il est vrai que la PGRO est déjà très riche sans cela pour nourrir la réflexion et l'intervention thérapeutiques. Mais lorsqu'arrive le moment d'accompagner des personnes souffrant de traumatismes psychologiques sévères, ce que cette réflexion apporte m'apparaît nécessaire.

Je suis ravi de l'engagement, de l'intérêt et du soutien de Marie-Pascale dans cette aventure théorico clinique. En acceptant de tester l'hypothèse d'un champ 3T avec sa clientèle, elle a permis un dialogue inédit et fort stimulant qui confirme la pertinence de cette réflexion dans la pratique de la PGRO.

Je termine ici en ajoutant simplement que la perspective avec laquelle j'aborde la PGRO me rend plus à l'aise avec une autre appellation de cette approche à laquelle je m'identifie comme clinicien: celle de la psychothérapie du lien.

Références

Delisle, Gilles et Girard, Line (2012) : La Psychothérapie des Relations d'Objet : État des Lieux. Dans Girard Line et Delisle, Gilles : *La Psychothérapie du Lien : Génèse et Continuité*. Montréal, les éditions du CIG, pp. 21-42.

Lafond, François (2012) Psychologie Gestaltiste des Relations d'Objet et traitement du stress post-traumatique (ÉSPT) : réflexions autour du champ traumatique. *Revue Québécoise de Gestalt*, vol 13, pp.87-107

Levine, Peter A. (2010) *In an Unspoken Voice: How the Body Releases Trauma and Restores Goodness*. Berkeley, North Atlantic Books, 370 pages

Martorell, Marie-Pascale (2012) Régulation et dysrégulation du contact dans la relation thérapeutique : Perspectives et apports des neurosciences affectives. *Revue Québécoise de Gestalt*, vol 13, pp.15-38

Panksepp, Jaak and Biven, Lucy (2012) : *The Archeology of Mind : Neuroevolutionary Origins of Human Emotions*. New-York. WW Norton and company, 562 p.

Porges, Stephen W (2011). *The Polyvagal Theory : Neurophysiological Foundations of Emotions, Attachment, Communication Self Regulation*. New-York, Norton and Company, 347 p.

Schore A N.(2010), Traumatic attachment and the early origin of PTSD. *Courses for Mental Health Professionals. ContinuingEdCourses.Net*. Récupéré de <http://www.continuingcourses.net/active/courses/course061.php>.

Partie 2 : Contribution de Marie-Pascale Martorell

Aborder le champ 3 T : témoignage sur ces 15 derniers mois (juin 2013- aout 2014)

Le contexte du départ : François Lafond travaille avec des soldats canadiens exposés aux combats et souffrant d'état de stress post-traumatique. De ce que j'en comprends à l'époque : il avance l'hypothèse que les chocs traumatiques à l'âge adulte laissent une empreinte neurodynamique qui, je le cite : « transforme le fonctionnement de la personnalité de l'individu. La personnalité construite demeure, mais le fonctionnement global de la personne est partiellement sous le contrôle d'autres instances que sont les processus instinctuels « adaptés » à la situation traumatique. »

Cette empreinte prend alors la forme de dysrégulations émotionnelles qui ne traduisent pas nécessairement une reproduction de l'histoire développementale singulière de la personne souffrant du traumatisme.

Ce qui m'a motivée pour approfondir son hypothèse dans ma pratique professionnelle :

- Une certaine fascination sur son expérience clinique spécifique, si éloignée de la mienne. Au delà du décalage entre nos deux environnements professionnels, comment utiliser son expertise pour une pratique de thérapeute et coach PGRiste hors d'un contexte de combats ou de violences délibérées sur une personne.
- Des rencontres avec des clients en thérapie et en coaching qui vivent des expériences inédites pour moi. Ils m'habitent émotionnellement plus que de coutume, ce qui me questionne sur mes stratégies d'intervention, leurs limites, leurs impacts en terme de contagion émotionnelle.
- Un engagement que nous avons pris en mai 2012 suite à une Masterclass au CIG de continuer à réfléchir ensemble sur les neurosciences affectives. Le colloque de 2014 et son orientation sur les champs d'évolution franco-qubécois de la PGRO s'est alors présenté comme un rendez-vous à honorer.

Ces lignes sont un témoignage de cette collaboration particulière avec François sur la considération du champ 3T et son application dans ma pratique de pgriste « généraliste ». L'expérience a été particulièrement focalisée dans l'accompagnement avec 4 personnes (2 en thérapie et 2 en coaching). Trois des accompagnements sont encore en cours.

François a lu ce texte et y a fait quelques commentaires que j'ai laissés, pour vous donner une idée de l'esprit de notre dialogue, et des questionnements au travail. Les conversations téléphoniques que nous avons eues ces derniers mois ont été aussi pour moi une opportunité d'être supervisée dans cet apprentissage.

A) Penser le traumatisme dans un passé contemporain : une ouverture

Comme premier bilan, ce que j'ai apprécié après ces quelques mois c'est l'intérêt de pouvoir *penser* le champ 3 T comme un axe de travail en soi plutôt qu'une fourniture d'informations à traiter dans un autre espace (champ 4 – champ 1) ; à quoi cela ouvre-t-il de le considérer ? De quoi pourrais-je me priver si je ne le pense pas ainsi ? Les clients ne viennent pas me voir parce qu'ils souffrent d'un traumatisme, ce n'est pas ma spécialité (par rapport à des personnes formées en EMDR, travaillant en cellule de crise etc). Or, si je ne pense pas « traumatisme contemporain » alors *il n'existe pas* dans cette forme là dans mes référents théorico-cliniques : je le traduis par « dysrégulation émotionnelle, reproduction du champ 4, carence de mentalisation ... » et ce faisant je risque de prendre des chemins de traverse pour rejoindre l'expérience du client au risque de m'en éloigner ... Depuis que je me suis mise à « penser champ 3T », je suis plus vigilante à décoder s'il y a des ruptures traumatiques non précoces dans l'histoire du client, ruptures qui ne sont pas nécessairement

répertoriées par le client comme étant traumatiques. Et les décodant ainsi, je m'en occupe d'une manière plus efficiente.

Commentaire de François : Je retiens ton expression « rupture traumatique ». Elle décrit à elle seule l'envergure de l'impact et l'existence d'un état avant et d'un état après le trauma.

J'ai pu comparer cela notamment avec Mr X que j'ai eu en thérapie avant de m'intéresser au champ 3T (février 2012) et madame V qui est arrivée en juin 2013 au moment où nous nous sommes entendus François et moi sur cette réflexion commune. Les deux personnes sont affectées par des deuils anciens et non précoces.

Monsieur X a une cinquantaine d'années. Séance 1 : Il vient en thérapie car « pas de drame mais a le sentiment qu'il pourrait davantage prendre soin de lui ». Il vit une situation tendue dans son cabinet de conseil avec ses associés. Face au conflit, il observe qu'il n'exprime pas de colère, il coupe le lien et reste « sidéré » (sic).

Séance 2 : il revient sur ces observations et fait un lien avec le décès brutal de son frère, dont il était très proche, mort dans un accident de voiture 35 ans auparavant. Son frère aîné conduisait. Monsieur X suivait dans une autre voiture avec ses parents. Rien n'a jamais été parlé en famille sur la mort du cadet et monsieur X s'est réfugié dans le travail et le contrôle. Il y a un *avant* et un *après* cet accident dans la vie de Monsieur X, « Le drame... à partir de là tout a été différent. ». De cette période, il dit « s'être éloigné et enfermé par peur d'être submergé par les émotions de ma mère ». Il raconte être toujours en lien « symbiotique », avec son frère qui est « comme un fantôme » à côté de lui (sic).

J'écris dans mes notes à l'époque : « à l'écoute du drame de son frère (accident de voiture, l'aîné conduisait) les bras m'en tombent, la vue se brouille. Lui est très calme. Me sent dans la difficulté de contenir. Déflexion en E3, grande tristesse, homme brisé ».

Pendant 1 an, Monsieur X et moi avons fait à peu près comme dans sa famille, nous avons peu parlé du drame et de ce qu'il en porte émotionnellement. Monsieur X parlait parfois de son frère, nous avons pleuré ensemble sur son histoire, cependant je n'avais absolument pas saisi combien nous étions « pris » dans une IP (Identification projective) tous les deux.

Commentaire de François : Je te reconnais bien dans cette attention portée aux IP. Ça nous surprend toujours lorsque les gens n'ont pas de réponse émotionnelle directe en lien avec leur trauma. Ils racontent l'horreur, sachant que c'est l'horreur mais sans rien ressentir. C'est comme le film sans le son. Ils projettent pour nous leur drame sur l'écran et le thérapeute est seul à entendre, à comprendre ce qui se passe. Et curieusement, on pourrait avoir la réaction de garder cela pour soi, comme si ça nous appartenait, alors que c'est justement le drame du client qui se révèle.

La peur, je dirais même a posteriori la terreur, nous mettaient dans l'évitement de confronter cet épisode. Nous avançons sur d'autres sujets, des affinités thématiques champ 3 professionnel - champ 4 - champ 1 mais je ne PENSAIS pas en terme de traumatisme contemporain, je recherchais les liens dans sa vie d'enfant pour éclairer les reproductions liées à l'attachement, sur la façon dont il terminait son association avec ses collègues, rangeant sa colère et cherchant le compromis au risque de se négliger. Avec parfois le sentiment de tourner dans du vide ... L'éléphant était pourtant dans la pièce.

L'hypothèse de travail de François a donc été une invitation à cela : rendre le traumatisme non précoce pensable, donc saisissable. Ce qui fut très utile car dans le même temps (juin 2013 - octobre 2013) la mère de Monsieur X tombe malade et décède. Contrairement aux deuils précédents (son

frère puis son père) il a été en capacité de l'accompagner, d'évoquer avec elle pour la première fois le souvenir de son frère... et de se positionner en altérité vis à vis de sa fratrie.

Commentaire de François : Rendre le trauma pensable, c'est en fait rendre le parcours du récit émotionnel pensable. Encore une fois, il s'agit d'intégration neuronale. Je dis « intégration neuronale » plutôt que « mentalisation » : on ne vise pas que le retour des fonctions cognitives supérieures (de la mentalisation) pour réguler des réactions émotionnelles dysfonctionnelles et dissociées. Le progrès le plus significatif survient plutôt lorsque l'implicite devient explicite : les bouts du récit inaccessibles à la conscience émergent enfin, ou encore, comme c'est le cas ici, les émotions sont finement reconnectées avec le récit, permettant de restituer le lien complexe avec l'émotion. Jusque là, c'était l'autre, le thérapeute, qui portait dans l'IP la partie non révélée. Le dialogue en champ 3T met à contribution le thérapeute et le client dans la recherche des pièces manquantes du casse-tête de l'évènement traumatique. En retrouvant ses morceaux, Monsieur X peut reprendre le fil de sa vie relationnelle en portant lui-même ses enjeux.

En mars 2014, Monsieur X se sent enfin prêt « pour dire au revoir à son frère et à ses parents ».

Hasard du calendrier ? Sans doute pas totalement ... Madame V en mars 2014 va également sur la tombe de sa mère, elle n'y était par retournée depuis 20 ans. Madame V est donc en thérapie avec moi depuis juin 2013, c'est à elle que je pense quand je décide de réfléchir avec François sur le champ 3T.

La séance précédant sa visite au cimetière elle m'avait dit « ne plus être la fille de sa mère », reproduisant ainsi ce qu'elle avait connu dans sa vie de jeune adulte : sa mère meurt dans un accident de voiture, interdiction de la pleurer. Son père tourne la page, se remarie et exige de ses enfants qu'ils appellent sa nouvelle femme « maman », ce à quoi la cliente obéit pour diverses raisons.

Madame V n'a pas de souvenirs de son enfance, peu de souvenirs de son adolescence et ce depuis le décès de sa mère et les deux ans qui ont suivi.

Le travail en thérapie lui permet de se reconstruire une histoire, en dehors d'une réaction défensive basée sur le terreau de la superstition. Elle ose questionner sa fratrie et ce faisant remet du vivant, se sent plus entière, plus sûre d'elle et de ses choix. Elle se positionne également vis à vis de son père, se différencie. Les souvenirs qui remontent ne sont pas que des bons souvenirs évidemment. Le champ 3T ouvre sur d'autres traumatismes plus anciens qui étaient enfouis, une porte d'entrée sur la porosité des frontières interchamps.

Là aussi, nous allons continuer à nous intéresser à sa colère et à ses peurs.

Avec Madame V s'est posée la stratégie du traitement de l'information altérée, du souvenir ou du non-souvenir de l'histoire du client, des souvenirs partiels : amnésie de l'évènement, hypermnésie des conséquences émotionnelles : le rôle de l'amygdale et de l'hippocampe.

Commentaire de François : L'angle d'un traitement de l'information inefficace lorsque sous influence de fortes décharge amygdaliennes est pertinent ici pour la compréhension de ce que tu mentionnes : concevoir des contenus semi-inconscients, des sortes de MI...

B) Retour sur quelques apprentissages

- 1) L'alliance thérapeutique ne se construit pas sur les mêmes référents que lors des traumatismes précoces que l'on travaille en champ 4 – champ 1 : dans mon expérience, peu de transfert-contre-transfert de bon parentage (Winnicott ...) mais plutôt un alter ego adulte missionné pour être en capacité d'oser partager, d'entrer dans l'histoire et vivre les événements avec la

personne, d'ouvrir le chemin avec une prise de risque. Madame V « Avant je vous voyais grande et moi petite, aujourd'hui nous sommes à altérité ».

Commentaires de François : Perspective intéressante...Rejoins-t-elle la notion de coach ? Il serait intéressant de se questionner sur les implications des processus transférentiels et contre-transférentiels qui opèrent quand même. Cette posture thérapeutique autorise-t-elle des interventions différentes ? Par exemple l'introduction d'un protocole d'exposition ou d'emdr, alors que le thérapeute dirige pour un instant le processus sans que cet « arrangement relationnel » ne fasse l'objet d'une herméneutique...

2) Eviter l'évitement

Deux questionnements sur ce qui m'a souvent frappée depuis un an :

a) La nécessité pour le thérapeute et son client de montrer du courage (FEAR -SEEKING) : négocier sa peur comme dirait Panksepp, (ce qui montre bien dans quel univers on évolue). L'image que j'ai quand je repense à la façon dont les clients ont approché l'aspect émotionnel des événements traumatisants c'est que nous nous enfonçons dans un tunnel (le tronc cérébral), les parois sont glissantes et on ne peut pas poser les mains pour avoir une représentation de l'espace autour de soi. On avance à l'aveugle et le thérapeute se guide le long d'une corde à tenter de ne pas lâcher, celle de l'intégration neurodynamique.

D'une certaine façon c'est ce qui se passe quand on travaille au niveau des affects de base, dans une conscience somato-affective, on rencontre une intensité aveugle liée à la survie physique et psychique ou pour reprendre les termes de François : le caractère instinctuel non mentalisé et non volontaires des états psycho comportementaux fortement investis dans la survie.

Commentaire de François : Face à l'anxiété on se met en recherche de ressources en explorant, transformant l'énergie qui pourrait faire fuir ou paralyser en mouvement vers des solutions. Ces solutions peuvent prendre la forme de quête de sens, de questionnements et de réponse, etc.

b) Quelle place donner à la directivité, quelle place laisser à l'émergence ? Dans le temps donné de la thérapie ou du coaching, où mettre la priorité ? Dans le cas de Monsieur X par exemple : le deuil est « achevé » avec son frère plus jeune, mais que faisons-nous de la colère qu'il a contre son frère aîné, responsable de l'accident ? Il dit vouloir le sortir de sa vie ... Est-ce la stratégie la plus optimale et un ajustement créateur de différenciation ou une autre reproduction de cette colère répudiée, comme il l'a fait avec la foi 35 ans auparavant ...

Commentaire de François : Il me semble que c'est une illustration de la complexité des situations traumatiques : une séquence de réactions émotionnelles fortes qui se télescopent, s'inhibent l'une l'autre et demeurent inachevées. Une fois le deuil du frère traversé, il reste la colère contre l'autre frère.

Il ne faudrait pas se contenter de l'évidence : « il est en colère parce que le méchant a tué le cadet. » Il ne faudrait pas négliger le champ 4, mais ne pas s'y enfermer non plus avant d'avoir exploré le champ 3T de manière méthodique.

La colère a généralement deux sources : la peur ou la frustration. Ici, la séquence précise conduisant à l'émergence de la colère mérite d'être explorée dans le détail. Que s'est-il passé juste avant l'impact ? Dans les secondes suivant l'impact ? A-t-il tenté quelque chose ? A-t-il vu venir l'accident et souhaiter alerter son frère conducteur ? L'a-t-on retenu, empêché d'accourir vers les carcasses de voiture ? Avait-il l'intention d'aller frapper son frère et dans ce cas, a-t-il ravalé sa colère face au spectacle des gens bouleversés et du frère blessé (dans ce dernier cas, le choc de la vue de la mort pourrait avoir suspendu la colère et la remplacer par la panique ou la stupeur) ? Autant d'hypothèses pour tenter de comprendre ce qui est resté en suspens depuis, ce qui reste à compléter donc.

3) Une récurrence imaginaire figée

Les personnes ne nomment pas nécessairement leur situation comme ayant été traumatisante. Lorsqu'elles racontent l'événement, c'est l'image d'un moment particulier qui remonte, pas celle d'un événement antérieur. C'est cette image qui est reproduite dans l'actualité du client et celle du champ 1.

J'ai à l'esprit un client en coaching. La filiale qu'il a contribué à diriger en Amérique du Sud a été dissoute il y a deux ans, il est depuis retourné au siège social en France où il a été accueilli. Dans les mois qui suivirent deux personnes proches décèdent. Le carton de ses affaires sud-américaines est posé, non-ouvert, dans son bureau depuis son retour, lui qui est si sensible à l'esthétique répète plusieurs fois en cours de séance qu'il ne se reconnaît pas dans cette situation.

Il procrastine, se sent privé de son intelligence, perd en autonomie. L'image qui lui revient pour parler de son expérience sud-américaine est celle d'un chariot d'aéroport rempli de valises, qu'il pousse seul à l'arrivée sur le continent sud-américain et à son retour en France.

Très peu en contact avec son monde interne, d'une certaine façon il a arrêté de vivre, figé il n'a pas défait ses valises.

Le travail des premières séances fut de compléter quelques Gestalt récentes et prégnantes par le biais de différents supports dans la réalité expérientielle de la relation (supports que j'utilise très rarement en thérapie) : écrire un hommage à son père disparu à l'aide de l'écriture automatique et me le lire ensuite, lui proposer d'être avec lui quand il ouvrira son carton, de façon à ce qu'il me raconte l'histoire des dossiers pour les faire revivre et utiliser ces éléments pour actualiser son CV. Là aussi, comme avec Madame V, il s'agit de remettre du vivant à un mouvement qui s'est arrêté. Forte des apprentissages en cours dans le champ 3T, je tente de rester au plus près de l'expérience émotionnelle inaccomplie, sans nécessairement la nommer.

C) La contagion émotionnelle dans le Champ 3T-champ 1

Je me sens en confiance depuis plusieurs années pour travailler avec les affects primaires (Panksepp), j'ai intégré également les dynamiques amygdalo-hypocampiennes dans ma pratique (Cozolino)... N'empêche, quitter les territoires connus des reproductions du champ 4 pour celles du champ 3T n'a pas été si simple. Se sont posés des doutes sur la pertinence des situations de ces clients pour alimenter la réflexion en cours avec François (deuils éloignés). Des questions de loyauté, et d'identité également : comment traiter du trauma contemporain - non précoce tout *en restant PGRiste* (c'est à dire attachée aux 3 R, au dilemme de contact, aux affinités thématiques internes, aux chantiers développementaux, à l'épistémologie du conflit...)?

Je me suis pas mal battue contre moi-même et « mes formateurs PGRistes internalisés », pour pouvoir délaissier l'axe champ 4-champ 1 et m'autoriser à explorer le traumatisme contemporain sous une autre perspective qu'une perspective développementale (l'hypothèse de François).

Commentaires de François : En fait il s'agit d'une perspective supplémentaire qui ne veut pas se substituer à l'autre, mais la compléter lorsque l'autre n'est pas indiquée.

Après un an d'attention au traumatisme contemporain je fais le constat d'une intensité particulière liée à la communication inter-hémisphérique pour reprendre une image schorienne. Je me suis beaucoup utilisée consciemment en cours de sessions (champ 3T -champ 1 interne) et j'ai aussi beaucoup capté de façon inconsciente, m'en rendant compte parfois après plusieurs heures, semaines, voire mois.

Par exemple :

Madame V souffre d'amnésie depuis le décès de sa mère, elle note parfois ce que nous nous disons dans son smartphone pour ne pas oublier. Je me surprends à noter après la séance avec une certaine fébrilité. Je suis fascinée par son histoire et les détails...

Monsieur X raconte sans émotion apparente que son fils roule ivre mort sur le scooter, et ce n'est que le soir que je réalise que ce doit être terrifiant pour un parent de savoir que son enfant a de telle conduite à risque. D'autant que le père, qui se définit comme le Monsieur Sécurité de la famille, la personne stable sur laquelle on peut compter, se surprend lui aussi parfois à mettre en place des conduites à risques : rouler à 130 kms/heure sur son scooter dans les rues de sa ville / hypothéquer sa maison.

Pendant une séance, je suis en colère contre son frère aîné et ce n'est que le soir que j'éprouve de la compassion pour cette personne qui est responsable d'un accident mortel.

Réaliser l'intensité des IP qui se jouent à notre insu est un instrument de travail puissant, excitant et exigeant. Il m'inspire de la prudence et de l'humilité en même temps. Cela soulève la question de l'attention (du soin) à soi en tant qu'accompagnant.

Commentaire de François : Le travail en champ 3t nous en met « plein la gueule ». Mais la posture et la réflexion pgriste nous sauvent : capacité émotionnelle, puis réflexive : Cela appartient-il au client et dans l'affirmative, qu'est-ce que cela nous dit de son univers interne traumatique ? Puis interactive : comment et quand révéler au client ce que son expérience dépose en nous ? Ce que son expérience nous révèle ? Et comment le soutenir dans cette exploration

Pour conclure ... ce qui est encore pour moi en chantier ...

Plusieurs auteurs ont marqué mon année et m'ont accompagnée dans ce travail d'une façon « intégrative » sur le traitement des traumatismes contemporains et non précoces dans une posture du lien. En particulier :

- Antonio Damasio qui dans son dernier livre revient sur ses recherches et décrit comment la conscience et le soi prennent leurs racines dans des processus cérébraux encore plus profonds que ceux identifiés auparavant.
- Jaak Panksepp qui a entrepris avec la collaboration de Lucy Biven de « vulgariser » ses découvertes en neurosciences affectives et de partager leurs applications en thérapie.
- Mathieu Ricard qui met en exergue la différence neuronale entre empathie et compassion, la première pouvant conduire à la fatigue et au burnout tandis que la seconde ressourcement et reconforte, l'autre certes mais soi aussi. Cultiver une posture de compassion pour contrecarrer l'anxiété, c'est un changement de paradigme qui m'a fortement interpellée ces derniers mois, pour prévenir les impacts émotionnels négatifs.

Bibliographie :

- Cozolino, L. (2012). *La neuroscience de la psychothérapie* Les éditions du CIG
 Damasio, A.R., (2010). *L'autre moi-même*. ed Odile Jacob
 Levine Peter A. (2013). *Réveiller le tigre ; guérir le traumatisme* Interéditions Paris
 Panksepp, J & Biven L. (2010) *The Archeology of Mind*. New York Ed Norton
 Ricard Mathieu (2013) *Plaidoyer pour l'altruisme*, ed Nil (chapitre 4)