

Le journal de **PSYCHOTRAUMATOLOGIE**

③

NOUVEAU :

Une **“Cure Post-Traumatique”**
pour soulager les symptômes du
Trouble de Stress Post-Traumatique

Des ressources pour
tous les praticiens

AVRIL-MAI 2026

Numéro #03



www.lacliniquedupsychotrauma.fr

WHAT'S INSIDE

03	Le TSPT Complexe
05	Portrait du mois
06	Les différents type de trauma
08	Le bilan biologique
10	NOUVEAU : La cure post-traumatique
15	Accompagner le TSPT-C
18	Le repos conscient
20	Découvrir l'EMDR
24	La dissociation post-traumatique
25	Souffrir pour aller mieux
26	La relation amoureuse
28	Vos psychotraumatologues
29	Le livre du mois

Le Trouble de Stress Post-Traumatique - Complexe :

Une désorganisation durable de l'identité et du lien

Le Trouble de Stress Post-Traumatique Complexe (TSPT-C) représente une forme particulière et plus insidieuse du traumatisme psychique. Contrairement au TSPT « classique », généralement consécutif à un événement unique, identifiable et circonscrit dans le temps, le TSPT-C s'inscrit dans une temporalité prolongée, souvent marquée par des expositions répétées à des situations de menace, d'impuissance ou de domination. Il ne s'agit plus seulement d'un événement qui fait effraction dans la psyché, mais d'un environnement traumatique qui façonne progressivement l'organisation interne de l'individu.

Le TSPT-C émerge principalement dans des contextes de traumatismes interpersonnels chroniques : violences conjugales, abus sexuels répétés, maltraitements infantiles, négligences affectives sévères, situations de captivité ou de contrôle coercitif. Dans ces configurations, le sujet ne peut ni fuir, ni lutter, ni même donner un sens à ce qu'il vit. Le système nerveux s'adapte alors à une menace constante, entraînant une réorganisation profonde des mécanismes de survie, au détriment du développement émotionnel, cognitif et identitaire.

Sur le plan clinique, le TSPT-C inclut l'ensemble des symptômes du TSPT — reviviscences, évitement, hyperactivation neurovégétative et altérations cognitives — auxquels s'ajoutent trois dimensions majeures : une dysrégulation émotionnelle persistante, une altération profonde de l'image de soi, et des perturbations relationnelles durables. Le sujet ne souffre plus seulement de souvenirs intrusifs, mais d'une instabilité émotionnelle chronique, pouvant osciller entre hyperréactivité intense et états de dissociation ou d'anesthésie affective. Les émotions deviennent imprévisibles, envahissantes ou, au contraire, absentes.

L'image de soi est profondément altérée. Le sujet développe fréquemment un sentiment de honte, de culpabilité ou d'infériorité, souvent intériorisé à partir du regard ou des comportements de l'agresseur. Il ne s'agit pas simplement d'une mauvaise estime de soi, mais d'une identité fragilisée, parfois fragmentée, où la personne peut se percevoir comme fondamentalement défectueuse, indigne ou inexistante. Cette altération identitaire constitue l'un des marqueurs les plus spécifiques du TSPT-C.

Les relations interpersonnelles sont également profondément impactées. Le lien à l'autre devient source de danger ou de confusion. Le sujet peut osciller entre évitement relationnel, dépendance affective excessive ou répétition de schémas relationnels toxiques. La confiance est altérée, les limites sont floues, et la capacité à s'engager dans des relations sécurisantes est compromise. Le trauma devient alors relationnel, et se rejoue dans les interactions présentes.

Sur le plan neurobiologique, le TSPT-C correspond à une adaptation prolongée du système nerveux à un environnement perçu comme constamment menaçant. L'hyperactivation de l'amygdale, associée à une hypoactivité des structures préfrontales, s'inscrit dans la durée et altère les capacités de régulation émotionnelle. L'hippocampe, impliqué dans la contextualisation des expériences, est souvent perturbé, contribuant à une confusion entre passé et présent. À cela s'ajoutent des modifications du système neurovégétatif, avec une alternance entre états d'hyperactivation (anxiété, agitation) et d'hypoactivation (sidération, dissociation).

Le TSPT-C ne se limite pas à une mémoire traumatique non intégrée ; il touche l'ensemble de l'organisation psychique. Il s'agit d'un trouble développemental dans lequel le trauma devient structurant, influençant les schémas cognitifs, les réponses émotionnelles et les comportements relationnels. Le sujet ne "revit" pas seulement le trauma : il vit à partir de celui-ci.



La prise en charge du TSPT-C nécessite une approche thérapeutique spécifique, plus progressive et souvent plus longue que celle du TSPT simple. La phase de stabilisation est centrale et peut s'étendre sur une durée significative. Elle vise à restaurer un sentiment de sécurité interne, à renforcer les capacités de régulation émotionnelle et à développer des ressources internes suffisantes avant tout travail de retraitement. Cette étape inclut notamment un travail sur le corps, le système nerveux autonome et les stratégies d'auto-régulation.

Le retraitement des traumatismes, lorsqu'il est engagé, doit être adapté à la complexité du trouble, en tenant compte de la fragmentation possible de l'expérience et de la présence de parts dissociatives. Des approches intégratives, combinant thérapies des traumatismes, travail sur les états du moi, techniques psychocorporelles et outils de désensibilisation, permettent une prise en charge en profondeur. L'objectif n'est pas seulement de diminuer les symptômes, mais de restaurer une cohérence interne.

La phase d'intégration vise quant à elle la reconstruction identitaire et relationnelle.

Il s'agit d'accompagner le sujet vers une réappropriation de lui-même, une restauration de l'estime de soi et une capacité renouvelée à entrer en relation de manière sécurisée.

Ce travail implique souvent une redéfinition des repères internes, des valeurs et du sens donné à l'expérience vécue.

Le Trouble de Stress Post-Traumatique Complexe constitue un enjeu clinique majeur, encore trop souvent méconnu ou confondu avec d'autres troubles psychiatriques tels que les troubles de la personnalité, les troubles de l'humeur ou les troubles dissociatifs. Sa reconnaissance permet pourtant une compréhension plus fine des trajectoires de vie marquées par des traumatismes répétés, et ouvre la voie à des prises en charge adaptées, respectueuses du rythme et de la complexité du sujet.

Comprendre le TSPT-C, c'est reconnaître que certains traumatismes ne blessent pas seulement la mémoire, mais l'identité elle-même. C'est aussi affirmer qu'au-delà de cette désorganisation profonde, un processus de reconstruction reste possible, à condition d'offrir un cadre thérapeutique sécurisant, structuré et profondément humain.



Le **Guide Clinique du Psychotrauma** s'inscrit comme un outil de référence destiné aux professionnels de l'accompagnement confrontés aux réalités complexes du trauma. Conçu dans une approche résolument intégrative, il propose une lecture claire et structurée des mécanismes du stress post-traumatique et de ses formes complexes, en croisant les apports des neurosciences, de la psychotraumatologie et des approches thérapeutiques contemporaines. À la fois rigoureux sur le plan clinique et accessible dans sa pédagogie, ce guide offre des repères concrets pour mieux comprendre, évaluer et accompagner les patients souffrant de traumatismes psychiques.

Au-delà des apports théoriques, cet ouvrage se distingue par son orientation pratique, en proposant des stratégies thérapeutiques directement mobilisables sur le terrain. Il met en lumière l'importance d'une prise en charge globale, intégrant les dimensions neurobiologiques, émotionnelles et relationnelles du trauma, tout en valorisant des outils innovants comme la désensibilisation par mouvements alternatifs et les approches intégratives. Pensé comme un véritable support de travail, le Guide Clinique du Psychotrauma constitue une ressource précieuse pour affiner sa pratique et renforcer l'efficacité des accompagnements dans le champ du psychotrauma.

Pour commander en ligne :
<https://www.thebookedition.com/fr/guide-clinique-du-psychotrauma-p-424839.html>

Accompagner le trauma, c'est accompagner la reconnexion à la vie

Je suis **Éléonore Alexandrakis**, thérapeute somatique formée à la psychotraumatologie, et fondatrice de Wild & Divine Holistics.

Mon travail se construit à la croisée de la psychotraumatologie, des approches somatiques et de l'accompagnement holistique. J'accompagne des adultes, des couples et des enfants lorsque le corps a gardé en mémoire la trace d'une histoire que la pensée ou la parole, à elles seules, ne suffisent pas à soulager.

Le trauma n'est pas seulement l'événement lui-même. C'est une organisation de la vie qui s'est construite à partir d'un événement, d'un non-événement, ou d'une période de vie. Il se manifeste dans la manière de voir et de sentir le monde, de respirer, de se défendre, de s'adapter, de faire confiance, de poser des limites, de dire oui ou non, et parfois dans la perte de lien avec soi, ses ressentis, sa joie et sa créativité.

Je travaille depuis près de quinze ans avec le corps : par le yoga, la danse et le mouvement, la respiration et le chant, les chevaux, mais aussi par l'alimentation, le soin de soi et du vivant. Je rencontre régulièrement des personnes qui ont déjà beaucoup compris, parfois après dix ou vingt ans de psychothérapie, mais dont le corps continue de réagir, de se contracter, de s'épuiser, de se couper ou de s'adapter au-delà du supportable.

Rendre sa juste place au corps est, à mon sens, une étape cruciale de l'accompagnement du trauma. Le corps permet de repérer les limites, les défenses, les ressources, les mouvements de retrait ou d'alerte, et de restaurer progressivement une sécurité intérieure.

À travers Wild & Divine Holistics, j'ai souhaité créer un espace de travail rigoureux et sensible, où les dimensions psychiques, somatiques, émotionnelles et relationnelles du trauma peuvent être abordées ensemble.

Mon travail consiste à aider à retrouver des ressources internes fiables, une capacité de choix, de joie, et la possibilité de se sentir présent dans son corps, et digne.

PORTRAIT



Éléonore Alexandrakis

Psychotraumatologue
Fondatrice de **Wild & Divine Holistics**

Les différents types de trauma

Le traumatisme n'a pas qu'un seul visage. Il ne se manifeste pas toujours par une explosion spectaculaire dans la vie d'une personne. Parfois, il s'insinue lentement, goutte après goutte, jusqu'à modifier en profondeur la façon de penser, de ressentir, d'habiter son corps et de se relier aux autres. La psychotraumatologie ne parle pas seulement de ce qui est arrivé, mais de ce que l'événement a fait au système nerveux, à la mémoire, à l'identité.

Le Trouble de Stress Post-Traumatique, ou TSPT, est la forme la plus connue. Il survient le plus souvent après un événement unique, brutal, où la vie ou l'intégrité ont été menacées. Le cerveau, submergé par la peur, n'a pas pu traiter l'information normalement. La mémoire de l'événement reste alors stockée dans les circuits émotionnels, non intégrée, comme une alarme bloquée en position « danger ». Les souvenirs reviennent sans prévenir, sous forme d'images, de sensations, de cauchemars, de flashbacks. Le corps sursaute, le cœur s'emballe, la respiration se bloque. Même des années plus tard, la personne réagit comme si la scène se reproduisait ici et maintenant.

Le TSPT complexe raconte une autre histoire. Il ne naît pas d'un seul choc, mais de traumatismes répétés, souvent vécus dans des contextes où il était impossible de fuir ou de se protéger : l'enfance maltraitée, les violences intrafamiliales, l'emprise, la négligence affective, les humiliations chroniques. Ce ne sont pas seulement les souvenirs qui sont blessés, mais la construction même de la personnalité. La personne peut ne plus savoir qui elle est, douter de sa valeur, vivre dans une honte diffuse, une peur permanente, une instabilité émotionnelle qui semble inexplicable. Le trauma est devenu un climat intérieur, une manière d'être au monde.



www.lacliniquedupsychotrauma.fr



À côté de ces formes directes existe une souffrance encore plus silencieuse : le trauma vicariant. Il touche celles et ceux qui, par leur métier ou leur engagement, sont exposés à la détresse des autres. Soignants, psychologues, travailleurs sociaux, secouristes, policiers, humanitaires, thérapeutes, journalistes parfois, portent dans leur propre système nerveux les fragments de récits, d'images et d'horreurs qu'ils ont recueillis. À force d'écouter, de voir, de contenir, leur cerveau finit par réagir comme s'il avait lui-même vécu les traumatismes. Fatigue émotionnelle, détachement, troubles du sommeil, irritabilité, perte de sens : le prix invisible de l'empathie.

Qu'il soit simple, complexe ou vicariant, le traumatisme n'est jamais une faiblesse. Il est la trace laissée par un système nerveux qui a tenté de survivre à l'insupportable. Comprendre ces différentes formes de trauma, c'est cesser de juger les symptômes pour commencer à entendre ce qu'ils racontent. C'est aussi ouvrir la voie à des soins plus justes, plus humains, et réellement réparateurs.



1 Trauma aigu

Stress aigu & mémoire traumatique >>>> LIMITÉS



Éviter l'installation du TSPT
Réduire le stress aigu
Prévenir les effets secondaires

3 Trouble de Stress Post-Traumatique Complexe (TSPT-C)

Protocole structuré & 3 phases: →

- 1 Stabilisation >>>>
- 2 Désensibilisation >>>
- 3 Intégration >>>>>>

Traumas multiples anciens, répétés ou prolongés



- Déréglement neurobiologique profond
- Conséquences psychiques et relationnelles

2 Trouble de Stress Post-Traumatique (TSPT)



Symptômes persistants > 1 mois

Thérapie de désensibilisation (DTMA-H par ex.)

- Retraitement de la mémoire traumatique
- Diminution des symptômes durables

4 Trauma vicariant



Professionnels exposés aux traumas graves →

1 Prévention & Sensibilisation

2 Désensibilisation

Suivi thérapeutique régulier

- Stress chronique limité
- Prévention de l'épuisement



Retrouvez-nous sur Facebook

Déjà plus de 11 000 followers sur le groupe FB "Psychotraumatismes & TSPT". Wow !

Merci à tous pour votre intérêt et votre participation à ce groupe dédié aux psychotraumatismes et au TSPT.

Il appartient à chacun de le faire vivre, de partager vos expériences de vie, vos phases up comme vos phases down, de partager vos tips ou de demander des conseils... Si vous êtes praticiens vos connaissances et vos conseils sont également les bienvenus pour informer, encourager, soutenir...

Un groupe thématique de partage, dans le respect de chacun et la bienveillance de tous, n'a d'intérêt que si chacun apporte sa pierre à l'édifice.

Alors ensemble continuons à faire vivre et grandir ce groupe.



Cornelle Friess

Je rejoins ce groupe avec beaucoup de respect.

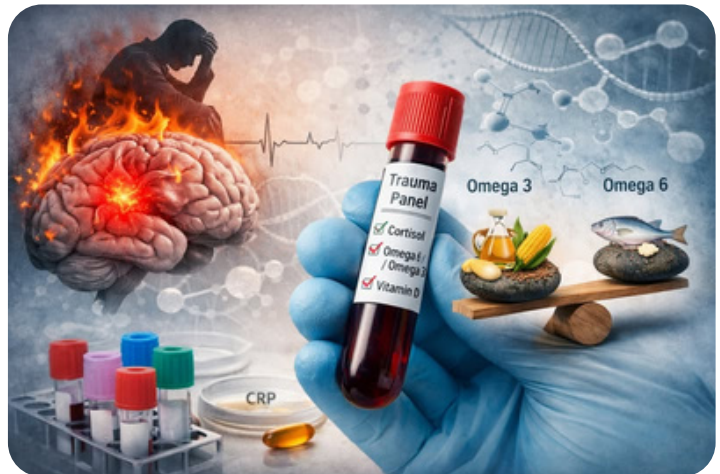
Pendant longtemps, j'ai vécu avec des expériences traumatiques liées à des abus d'autorité.

Comme beaucoup ici, j'ai connu le silence, la confusion, la honte.

Je vous remercie pour cet espace d'échange et de compréhension.

Un bilan biologique complet pour objectiver et accompagner les psychotraumatismes & le TSPT

Un traumatisme psychique n'est jamais uniquement une blessure de l'âme. Il est une onde de choc systémique, une empreinte profonde qui traverse l'ensemble de l'organisme. Il s'inscrit dans le corps, modifie les équilibres hormonaux, perturbe les circuits neuronaux et altère durablement les grandes fonctions de régulation biologique.



Lorsqu'un individu est confronté à un événement qui dépasse ses capacités d'adaptation, son organisme ne revient pas spontanément à l'état antérieur. Au contraire, il peut rester durablement figé dans une réponse de survie. Le système nerveux autonome demeure en hypervigilance, l'axe du stress reste activé, et le cerveau émotionnel – en particulier l'amygdale – continue de fonctionner comme si la menace persistait.

Ce phénomène, largement documenté en psychotraumatologie, traduit une dérégulation de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien (HHS), une altération de la plasticité cérébrale et une modification durable de l'homéostasie interne. Le Trouble de Stress Post-Traumatique (TSPT) apparaît ainsi comme une pathologie à la fois psychique, neurologique et biologique.

Dans ce contexte, limiter la prise en charge à une approche uniquement psychologique ou cognitive revient à ignorer une partie essentielle du problème. Le traumatisme vit dans le corps. Et le corps doit pouvoir être exploré, compris et régulé.

L'axe du stress : comprendre l'état de survie biologique

Le dosage du cortisol matinal constitue un marqueur central. Cette hormone, sécrétée par les glandes surrénales, joue un rôle clé dans la mobilisation de l'énergie et la gestion du stress.

Chez les personnes souffrant de psychotraumatisme, deux profils sont fréquemment observés :

- **Hypercortisolisme** : reflet d'un état d'alerte chronique, associé à anxiété, irritabilité, troubles du sommeil
- **Hypocortisolisme** : signe d'un système épuisé, souvent corrélé à la fatigue chronique, à la dissociation et au sentiment d'effondrement

L'analyse conjointe du cortisol, de la DHEA-S et de leur ratio permet d'évaluer finement l'équilibre de l'axe du stress. La DHEA joue en effet un rôle protecteur, modulant les effets délétères du cortisol. Leur rapport constitue un indicateur particulièrement pertinent de la capacité de résilience biologique.

L'inflammation silencieuse : le terrain neurobiologique du trauma

Le stress traumatique s'accompagne d'un état inflammatoire chronique de bas grade, notamment au niveau cérébral. Cette neuro-inflammation influence directement la régulation émotionnelle, la mémoire et la perception du danger.

Les membranes neuronales, constituées en grande partie d'acides gras, sont particulièrement sensibles à cet état inflammatoire. Un déséquilibre entre oméga-6 (pro-inflammatoires) et oméga-3 (anti-inflammatoires) favorise :

- l'hyperréactivité de l'amygdale
- la rigidité des circuits neuronaux
- la difficulté à intégrer et retraiter les souvenirs traumatiques

Le ratio oméga-6 / oméga-3, ainsi que l'index oméga-3, deviennent alors des marqueurs essentiels du terrain neurobiologique. Un ratio élevé est associé à une majoration des symptômes anxieux et traumatiques, tandis qu'un rééquilibrage favorise la plasticité cérébrale et la régulation émotionnelle.

Les cofacteurs neurobiologiques : soutenir la réparation cérébrale

Certaines vitamines et micronutriments jouent un rôle clé dans le fonctionnement cérébral :

- Vitamine D : véritable neuro-hormone, impliquée dans l'immunité, l'inflammation et la régulation de l'humeur
- Vitamines B9 et B12 : essentielles à la synthèse des neurotransmetteurs (sérotonine, dopamine)
- Magnésium : régulateur majeur du système nerveux, impliqué dans la détente neuromusculaire et la gestion du stress

Les carences dans ces éléments sont extrêmement fréquentes chez les patients présentant un TSPT et participent directement aux symptômes : fatigue, troubles de l'humeur, hypersensibilité au stress, troubles du sommeil.

Une approche intégrative : objectiver, comprendre, suivre

Le bilan biologique ne remplace pas la psychothérapie : il la complète, l'éclaire et la renforce.

Il permet :

- d'objectiver les dérégulations invisibles
- de comprendre les résistances au changement
- d'adapter les stratégies thérapeutiques
- de mesurer les progrès de manière concrète

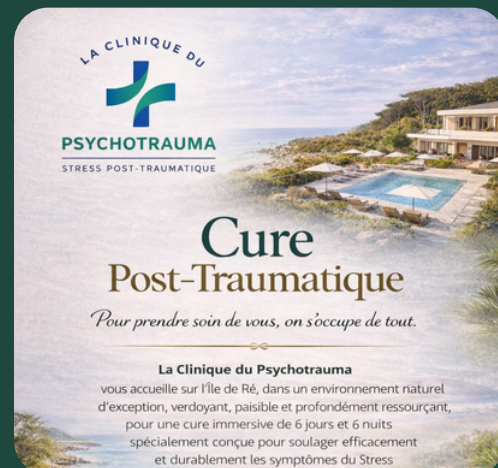
La répétition du bilan à distance (notamment à 4 mois) permet de montrer que la guérison n'est pas seulement subjective, mais qu'elle s'inscrit dans une transformation mesurable du fonctionnement biologique.

Fiche pratique – Quels examens demander et pourquoi ?

Dans le cadre d'un psychotraumatisme ou d'un TSPT, un bilan biologique structuré permet d'explorer plusieurs axes fondamentaux. **La Clinique du Psychotrauma** propose une « fiche pratique » (disponible gratuitement sur demande) sur le bilan sanguin complet à demander à votre médecin traitant pour mesurer toutes les conséquences biologiques et neurobiologiques des psychotraumatismes.

NOUVEAU : Une cure post-traumatique pour soulager les symptômes du TSPT

Il existe des souffrances qui ne se traitent pas uniquement en cabinet, en une heure par semaine, entre deux contraintes du quotidien. Le Trouble de Stress Post-Traumatique, et plus encore dans ses formes complexes, impose souvent une réalité clinique plus exigeante : celle d'un système nerveux saturé, d'un corps en alerte permanente, et d'une psyché fragmentée qui ne parvient plus à trouver d'espace de repos. Dans ces conditions, la prise en charge classique, bien qu'indispensable, montre parfois ses limites. Elle se heurte au manque de continuité, à l'environnement du patient qui reste inchangé, et à l'impossibilité de mobiliser en profondeur les mécanismes de régulation et de retraitement du trauma. C'est précisément de ce constat qu'est née une approche nouvelle : la cure post-traumatique immersive.



Pensée comme une rupture thérapeutique avec le quotidien, cette cure propose un cadre contenant, structuré et sécurisant, permettant au patient de se consacrer pleinement à sa reconstruction. Pendant plusieurs jours, l'accompagnement devient intensif, cohérent et global. Il ne s'agit plus seulement de parler du trauma, mais de le traiter activement, tout en soutenant simultanément le corps, le système nerveux et les ressources psychiques. La désensibilisation des mémoires traumatiques s'intègre dans un programme plus large, associant soins psychotraumatologiques spécialisés, régulation neurophysiologique et approches corporelles ciblées. Ce changement de paradigme est essentiel : il permet de sortir d'une logique fragmentée pour entrer dans une dynamique thérapeutique continue, où chaque intervention renforce la suivante.

L'intérêt majeur de cette approche réside dans son caractère intensif et intégré. En concentrant sur une période courte un ensemble d'interventions habituellement dispersées sur plusieurs mois, la cure favorise une activation thérapeutique profonde, tout en respectant le rythme du patient grâce à des temps de récupération adaptés. Le corps, souvent négligé dans les prises en charge traditionnelles, retrouve ici une place centrale. Car le trauma ne se loge pas uniquement dans la mémoire : il s'inscrit dans les tissus, dans le système nerveux autonome, dans les rythmes biologiques. Agir simultanément sur ces différentes dimensions permet de restaurer des capacités d'autorégulation souvent altérées depuis des années.

Au-delà de son intensité, cette cure se distingue par la qualité de son environnement thérapeutique. En extrayant temporairement la personne de son contexte habituel — parfois lui-même traumatique ou insécurisant — elle crée les conditions d'une véritable mise à distance, indispensable au processus de transformation. Le cadre apaisant, la prise en charge globale, l'alternance entre travail thérapeutique et récupération favorisent un relâchement progressif des défenses, condition nécessaire à tout travail en profondeur. Le patient ne lutte plus pour survivre à son quotidien : il peut enfin mobiliser son énergie pour se reconstruire.

Cette approche innovante, encore rare à l'échelle européenne, répond à un besoin clinique majeur : proposer une prise en charge adaptée aux formes les plus résistantes et les plus invalidantes du psychotrauma. Elle s'adresse aux patients pour lesquels les symptômes persistent malgré un suivi classique, ou dont la souffrance nécessite une intervention plus contenante, plus intensive, plus globale. Elle ouvre également une perspective nouvelle pour les professionnels, en offrant un cadre thérapeutique cohérent, structuré et profondément humain.

La cure post-traumatique marque ainsi une évolution significative dans le traitement du TSPT. Elle ne remplace pas les approches existantes : elle les prolonge, les amplifie et leur donne un espace d'expression optimal. En redonnant du temps, du cadre et de la continuité au processus thérapeutique, elle permet d'envisager ce qui semblait parfois inaccessible : un apaisement durable des symptômes, et surtout, la possibilité de retrouver une vie qui ne soit plus dictée par le trauma.

LA CLINIQUE DU



PSYCHOTRAUMA

STRESS POST-TRAUMATIQUE

Cure Post-Traumatique

Pour prendre soin de vous, on s'occupe de tout.

La Clinique du Psychotrauma

vous accueille sur l'Île de Ré, dans un environnement naturel d'exception, verdoyant, paisible et profondément ressourçant, pour une cure immersive de 6 jours et 6 nuits spécialement conçue pour soulager efficacement et durablement les symptômes du trouble de stress post-traumatique.

—  Île de Ré – environnement naturel et apaisant —

- ✓ 12 consultations spécialisées
- ✓ Programme de soins corporels sur-mesure
- ✓ Accompagnement personnalisé

www.lacliniquedupsychotrauma.fr



La **cure post-traumatique** proposée
par **la Clinique du Psychotrauma**

est une exclusivité qui associe une prise en charge psychotraumatologique spécialisée, un programme structuré de désensibilisation du trauma, et des soins corporels ciblés favorisant la régulation du système nerveux et la récupération globale.

Pendant la durée de votre séjour, vous serez hébergé(e) dans une résidence de standing, en pension complète et en chambre individuelle, garantissant confort, intimité et sérénité.

Vous bénéficierez d'un accès privilégié à un espace de soins dédiés, dans un cadre propice au repos, à l'apaisement et à la reconstruction.

Chaque journée est organisée autour d'un accompagnement personnalisé, alternant consultations spécialisées, soins thérapeutiques, soins corporels et temps de récupération, afin de permettre une intégration progressive et durable des bénéfices de la cure.

Notre équipe s'occupe de tout, pour que vous puissiez
vous consacrer pleinement à l'essentiel :
votre reconstruction & votre rétablissement.

La cure immersive comprend :

- Prise en charge complète 6 jours/6 nuits
- Hébergement en pension complète
- Chambre individuelle
- Un bilan clinique de psychotraumatologie complet
- Un programme de désensibilisation du trauma
- 12 consultations spécialisées
- 12 soins bien-être & relaxation
- Un programme d'intégration et de suivi post-cure

Séjour & soins personnalisés :



Dimanche

Accueil 17h à 19h
Présentation des lieux
Remise des clefs
Dîner

Lundi

Petit-déjeuner
Bilan de psychotraumatologie
Soins corporels
Déjeuner
Consultation médicale
Consultation diététique
Soins de relaxation
Dîner

MASSAGES & SOINS



Mardi

Petit-déjeuner
Psychotraumatologie / Réflexologie
Soins au spa
Déjeuner
Soins corporels
Consultation spécialisée
Dîner

Mercredi

Petit-déjeuner
Psychotraumatologie
Désensibilisation du trauma (1/2)
Soins de relaxation
Déjeuner
Soins corporels
Consultation de naturopathie
Dîner

HÉBERGEMENT



Jeudi

Petit-déjeuner
Psychotraumatologie
Désensibilisation du trauma (2/2)
Soins corporels
Déjeuner
Soins de relaxation
Soin énergétique
Dîner

Vendredi

Petit-déjeuner
Psychotraumatologie
Soins de relaxation
Déjeuner
Soins corporels
Programme d'intégration
Dîner

Samedi

Petit-déjeuner
Psychotraumatologie
Soins de relaxation
Déjeuner
Bilan clinique de sortie
15h : Fin de la cure

PSYCHOTRAUMATOLOGIE



OSTÉO & RÉFLEXOLOGIE



Critères d'admission :

La **cure post-traumatique** s'adresse aux personnes souffrant de Trouble de Stress Post-Traumatique clairement identifié, avec des symptômes invalidants tels que flashbacks, reviviscence, cauchemars, hypervigilance, dissociation...

Les pré-requis avant admission sont :

- Bilan psychotraumatologique initial
- Bilan sanguin complet
- Diagnostic psychiatrique
- Prescription du médecin traitant



(Jeanne, Aline, Franck, Eric & Claire)
Une équipe de professionnels à votre service




Informations & Réservation :

Par email : contact@lacliniquedupsychotrauma.fr

Par téléphone : 06 52 26 56 01

Par courrier : La Clinique du Psychotrauma
Rue du rempart
17410 Saint-Martin-de-Ré

Comment venir à l'Île de Ré ?

-  **En voiture :** 4h30 de Paris, 2h de Bordeaux et 1h45 de Nantes
-  **En train :** TGV par la ligne Paris / La Rochelle (2h45)
-  **En avion :** Aéroport La Rochelle-Ile de Ré (1h15 de Paris Orly)
(possibilité de transfert gare ou aéroport sur demande)



TSPT-C : accompagner sans forcer, sans brusquer, sans retraumatiser

Ce qu'il ne faut surtout pas faire dans l'accompagnement du trauma complexe

Par **Éléonore Alexandrakis**

Psychotraumatologue

Thérapie somatique & psychocorporelle



Le trauma complexe, ou CPTSD en anglais, est appelé en français TSPT complexe ou TSPT-C, et il ne s'accompagne pas comme un trauma simple ou comme un événement traumatique isolé.

Dans un trauma plus circonscrit, le travail peut s'organiser autour d'un événement identifiable, d'un souvenir, d'un avant et d'un après.

Mais dans le trauma complexe, les choses sont plus compliquées car

on ne travaille pas seulement avec un souvenir, mais avec un corps,

un système nerveux, un cerveau, une identité et une organisation relationnelle qui se sont développés dans un contexte de menace, d'impuissance, de négligence, d'abus, d'emprise ou d'insécurité répétée.

Le TSPT-C reprend les symptômes du TSPT, auxquels s'ajoutent des difficultés durables de régulation émotionnelle, une image de soi altérée, souvent marquée par la honte, la culpabilité ou le sentiment d'être diminué, ainsi que des difficultés relationnelles importantes.

C'est une distinction essentielle. Le manque de connaissances spécifiques du trauma complexe favorise des erreurs qui se répètent encore couramment aujourd'hui dans les accompagnements professionnels, mais aussi dans l'entourage familial, amical ou conjugal. En voulant aider, en cherchant à comprendre, mais aussi à rassurer ou à faire parler pour "libérer", pour pousser la personne à avancer, on peut créer l'effet opposé. En cas de TSPT-C, une aide mal adaptée peut produire bien plus de dommages que de soutien. C'est malheureusement quelque chose de courant.

Ne pas accompagner le trauma complexe comme un trauma simple

Le trauma complexe ne se résume pas à un événement du passé.

Il peut s'être construit dans l'enfance, dans des situations répétées de violence, d'inceste, de négligence, de maltraitance, d'emprise ou d'insécurité relationnelle. Il peut aussi concerner des adultes exposés à des violences prolongées, à des situations d'enfermement, de domination, de dépendance ou d'impossibilité de fuir.

Dans ces contextes, la personne n'arrive pas seulement avec une histoire douloureuse. Elle arrive avec des défenses, des adaptations, des stratégies de survie, une relation particulière au corps, au lien, à la confiance, aux limites et au choix.

L'accompagnement doit donc prendre en compte ce qui se passe aujourd'hui, dans le présent : la sécurité actuelle, le sommeil, la dissociation, les réactions corporelles, les déclencheurs, les relations, la honte, l'hyperadaptation, les évitements, les effondrements, la capacité à rester présent dans la fenêtre de tolérance.

Il s'agit de travailler avec la manière dont le passé continue d'organiser le présent, et non avec le passé.

Les souvenirs enfouis n'ont pas besoin d'être déterrés

Chez les personnes vivant avec un trauma complexe, certains souvenirs peuvent être absents, flous, fragmentés, contradictoires et impossibles à organiser en récit. Cela peut arriver dans certaines histoires d'inceste, de violences sexuelles intrafamiliales, de violences répétées, de négligence grave ou d'emprise, et il est capital de comprendre qu'il n'y a pas à forcer ce qui, pour l'heure, reste inaccessible.

Lorsque le souvenir est absent ou inaccessible, le travail lui, reste possible. Et il n'est pas nécessaire de partir en croisade à la recherche des mémoires sous scellé. Si le psychisme et le corps rangent quelque chose dans une boîte bien fermée, c'est parce que l'intégration n'est tout simplement pas encore possible.

ela signifie que la personne n'a pas encore les ressources internes et externes nécessaires pour pouvoir réintégrer le souvenir à sa juste place dans son histoire. L'absence de souvenir fait souvent partie intégrante d'un mécanisme de protection sophistiqué et involontaire.

Le rôle de l'accompagnement n'est donc pas de mener une enquête sur le passé mais d'aider la personne à vivre aujourd'hui avec moins de peur, moins de dissociation, moins d'envahissements, plus de stabilité, plus de capacité de choix et plus de présence dans son corps.

Si un souvenir peut refaire surface, il peut tout autant rester enterré sans que ce soit un problème. Il peut rester partiel, sensoriel, incertain ou sans image claire, ce qui n'est pas un échec thérapeutique.

La question la plus importante trouve sa place dans le présent. Elle n'est pas : "Qu'est-ce qui s'est exactement passé ?" mais "Qu'est-ce qui, aujourd'hui, empêche cette personne d'être présente à la vie, dans son corps, de construire des relations saines et riches, de se sentir en sécurité ?"

Certaines approches centrées sur la récupération de souvenirs d'abus dans l'enfance ont été contestées, notamment en raison du risque de suggestion ou de pression thérapeutique. Lorsque les souvenirs ne peuvent être confirmés ni infirmés, le travail se doit de porter sur l'impact actuel, la compréhension de l'expérience vécue et l'adaptation à l'incertitude.

Récit et intensité, les pièges

Même lorsqu'une personne se souvient, ou pense se souvenir, raconter son histoire ne signifie pas toujours que cette histoire est intégrée. Dans le trauma, l'accès aux faits peut être partiel, fragmenté ou incertain. Lorsque le système nerveux perçoit un danger, les capacités d'organisation, de contextualisation et de mise en récit peuvent devenir moins accessibles. Le souvenir peut alors se présenter sous forme de sensations, d'images, d'émotions ou de réactions corporelles, sans nécessairement former un récit clair, cohérent et fiable.

Tant que l'intégration ne se fait pas au niveau du système nerveux, il ne peut y avoir de réel changement. Une personne peut être en capacité de répondre, de coopérer, et même chercher à "bien faire". Elle peut être très polie, donner des détails précis, tout en étant déjà loin hors de sa fenêtre de tolérance, et donc loin de son corps.

Dans ces états, le récit peut laisser la personne plus activée, plus absente, plus honteuse ou plus confuse. Elle peut sortir d'une séance avec la sensation d'avoir tout raconté sans pour autant avoir initié le moindre mouvement de réparation.

Il en va de même pour l'intensité émotionnelle. Pleurer beaucoup, trembler, crier, revivre une scène, sentir une décharge ne signifient pas forcément que quelque chose est en voie d'intégration. Et si parfois cela soulage momentanément, il peut également y avoir des conséquences néfastes sur le système en réactivant l'impuissance, la perte de contrôle ou la solitude du trauma initial.

Le trauma complexe demande donc de savoir s'en tenir à un dosage juste, respectant la fenêtre de tolérance de l'individu. L'objectif n'est pas de provoquer l'émotion. L'objectif est que ce qui émerge puisse être ressenti, contenu, relié, puis intégré.

Ne pas ignorer la dissociation et les stratégies de protection

La dissociation n'est pas toujours facile à identifier car elle peut être subtile.

Elle peut se caractériser par un regard qui se perd, un changement dans la voix, dans la posture, dans le regard, un sourire figé, une fatigue soudaine, un mental très clair mais en réalité complètement coupé du corps, une sensation de brouillard, de vide, d'irréalité, ou une difficulté à se rappeler ce qui vient d'être dit...

Dans ces moments-là, on ne peut pas, ou plutôt on ne devrait pas continuer à agir comme si la personne était pleinement présente. La dissociation n'est pas une résistance de la part de l'individu mais une protection souvent inconsciente, et involontaire.

Les réactions de survie sont malheureusement trop souvent mal interprétées. L'évitement peut être vu comme une tentative de ne pas s'effondrer. Le contrôle comme une manière de recréer de la sécurité. La coupure comme une protection. La soumission peut avoir été une stratégie de survie utile à un moment donné. L'ambivalence peut révéler un conflit intérieur réel et profond.

Le sommeil lui-même peut devenir une stratégie de protection. On connaît mieux l'insomnie traumatique : incapacité à dormir, réveils nocturnes, cauchemars et flashbacks, hypervigilance, peur de relâcher le contrôle. Mais il existe aussi un autre versant, moins reconnu : le besoin soudain, massif, presque irrésistible de dormir.

Certaines personnes, lorsqu'elles sont déclenchées par un mot, une situation, une sensation, une proximité relationnelle ou une mémoire corporelle, ne ressentent pas forcément une panique consciente. Elles peuvent simplement se mettre à bâiller, se sentir vidées, somnolentes, incapables de rester éveillées. Elles s'endorment parfois dans des situations ou lieux qui interpellent. Il ne s'agit ni de paresse, ni de fuite volontaire mais d'une stratégie du système nerveux à la recherche d'une issue.

Dans ces cas-là, l'enjeu n'est pas de forcer la personne à "se secouer", mais de viser à comprendre ce qui s'est activé avant l'effondrement, de retrouver le ou les déclencheurs pour pouvoir travailler avec par la suite.

Ne pas initier un travail sans sécurité actuelle

Il n'est pas possible d'accompagner correctement un trauma complexe sans regarder la réalité de vie de la personne.

Y a-t-il encore des violences ? Une emprise ? Un risque suicidaire ? Des conduites d'automutilation ? Une addiction sévère ? Un trouble alimentaire actif ? Une précarité importante ? Un isolement extrême ? Un agresseur encore présent dans l'environnement ? Un épuisement physiologique majeur ?

Dans ces situations, la priorité est à la sécurité actuelle.

La stabilisation n'est pas une étape secondaire. Bien au contraire, c'est une étape fondamentale que l'on doit inscrire au premier plan. Elle fait partie du soin. Restaurer la possibilité de dormir, d'avoir du soutien, des repères et des ressources pour revenir au présent, pour retrouver une marge de choix et une protection concrète. Tout cela compte énormément.

Le corps, un terrain sensible parfois fragile

Le corps est central dans l'accompagnement du trauma complexe. Cependant, il peut être ressenti comme un lieu de menace.

Par exemple, certaines personnes ne supportent pas de fermer les yeux. D'autres paniquent dès lors qu'on les invite à respirer plus profondément. Certaines se dissocient lorsqu'on attire trop directement leur attention sur les sensations internes ou une partie spécifique du corps. Comme il est également possible d'être déstabilisé par le toucher, même s'il est doux ou bien intentionné.

Il faut prendre en compte qu'une pratique corporelle n'est pas systématiquement adaptée au trauma parce qu'elle passe par le corps.

Elle le devient lorsqu'elle respecte le rythme, le consentement, la fenêtre de tolérance, le non, le besoin de ralentir ou de revenir en arrière.

Qu'il s'agisse d'EMDR, hypnose, thérapies cognitives, approches somatiques, respiration, méditation, désensibilisation, un outil ou une pratique peuvent être pertinents et néanmoins mal ajustés. Le soin ne relève pas seulement de l'outil mais du discernement clinique et humain, du cadre, du rythme et de la capacité d'intégration de la personne.

Cinq repères importants pour la sécurité

Avant d'entamer un travail plus approfondi avec une personne présentant un trauma complexe, ayons la sagesse de nous demander :

La personne est-elle actuellement en sécurité dans sa vie quotidienne ?

Dispose-t-elle de ressources suffisantes pour revenir au présent lorsqu'elle commence à être activée ou dissociée ?

Est-elle en capacité de repérer certains de ses signes de dissociation, de figement, d'hyperactivation ou d'effondrement ?

Le cadre laisse-t-il une vraie place au choix, au refus, au ralentissement ?

Après une séance ou une discussion difficile, la personne repart-elle bien plus présente, ou plus désorganisée ?

Ces questions ne remplacent certainement pas une évaluation clinique. Elles visent simplement à rappeler que, dans le trauma complexe, la profondeur du travail dépend d'abord de la sécurité intérieure.

En conclusion

Dans l'accompagnement du trauma complexe, il est dangereux de vouloir trop faire, de vouloir aller trop vite, ou de vouloir aider sans comprendre les mécanismes du TSPT-C.

Chercher à déterrer des souvenirs, à forcer un récit, provoquer des émotions, passer à côté de la dissociation par manque de connaissance du langage du corps, imposer une méthode, négliger la sécurité, ou confondre mécanismes de protection et mauvaise volonté peuvent aggraver l'état des choses pour une personne déjà en souffrance.

Le trauma complexe demande de se plier à une autre temporalité : pas celle du mental mais celle du corps vivant.

Il demande un cadre stable et sécurisé, le respect du consentement pas seulement dans les mots mais dans la lecture du langage corporel, une capacité de lecture aiguisée des réactions de survie, une attention réelle au corps, et une capacité à travailler avec ce qui se manifeste aujourd'hui, dans l'ici et maintenant.

Ce qui compte le plus est la possibilité de revenir au présent, de reconnaître ce qui s'active à l'intérieur de soi et de rester en lien avec son corps pour retrouver, peu à peu, de la souveraineté, de la dignité, une capacité à choisir sa vie.

Le repos conscient comme intervention neuro-régulatrice dans les troubles psychotraumatiques et anxieux

Le repos conscient constitue une intervention clinique visant la régulation du système nerveux autonome chez les patients présentant des troubles psychotraumatiques, anxieux et dissociatifs. Contrairement aux techniques de relaxation ou de méditation, il s'agit d'un état intentionnel de mise au repos neurobiologique avec maintien de la conscience. Cet article propose une définition conceptuelle du repos conscient, décrit ses mécanismes neurophysiologiques, précise ses indications cliniques, et présente un protocole prescriptif structuré pour son intégration dans les pratiques thérapeutiques.

1. Introduction

Les troubles psychotraumatiques et anxieux s'accompagnent fréquemment d'une dysrégulation chronique du système nerveux autonome, caractérisée par une hyperactivation sympathique persistante, une altération de la variabilité de la fréquence cardiaque et une perturbation des rythmes veille-sommeil.

Cette hyperactivation constitue un facteur central de fatigue chronique, d'hypervigilance et de vulnérabilité aux rechutes psychopathologiques (van der Kolk, 2014).

Dans ce contexte, le repos conscient apparaît comme une intervention transdiagnostique ciblant directement la régulation neurobiologique, en favorisant un retour progressif à un état de sécurité interne et de tolérance émotionnelle.

2. Définition et cadre conceptuel

2.1 Définition du repos conscient

Le repos conscient est défini comme un état volontaire de mise au repos du système nerveux, avec maintien de la conscience, absence de stimulation cognitive excessive et intention thérapeutique explicite de régulation autonome.

Il se distingue :

- du sommeil (processus physiologique inconscient),
- de la distraction (engagement cognitif actif),
- de la relaxation passive (sans objectif neuro-régulateur structuré).

2.2 Les trois dimensions du repos conscient

Repos somatique : réduction de l'activité musculaire et sensorielle.

Repos attentionnel : focalisation sur les sensations internes sans objectif de performance.

Repos relationnel : co-régulation par la présence sécurisante d'un thérapeute ou d'un environnement d'attachement.

3. Fondements neurobiologiques

Le repos conscient agit sur plusieurs systèmes neurophysiologiques clés :

Activation du système parasympathique ventral (nerf vague), favorisant l'état de sécurité sociale (Porges, 2017).

Diminution de l'activité amygdalienne, réduisant la réactivité aux stimuli menaçants (LeDoux, 2015).

Régulation de l'axe hypothalamo-hypophysé-surrénalien (HHS), avec diminution de la sécrétion chronique de cortisol (McEwen, 2007).

Augmentation de la variabilité de la fréquence cardiaque (HRV), biomarqueur de résilience neurovégétative (Thayer et al., 2012).

Chez les patients traumatisés, le système nerveux demeure fréquemment bloqué dans des états de survie (fight, flight, freeze, collapse). Le repos conscient favorise une restauration progressive de la neuroception de sécurité.

4. Indications cliniques

Le repos conscient est indiqué dans :

Trouble de stress post-traumatique (TSPT) et TSPT complexe

Troubles anxieux généralisés

États dissociatifs

Burn-out et fatigue compassionnelle

Douleurs chroniques

Addictions (outil de stabilisation neuro-émotionnelle)

Troubles du sommeil

Il constitue une intervention transdiagnostique de stabilisation.

5. Protocole clinique du repos conscient

5.1 Modalités pratiques

Durée : 10 à 20 minutes (adaptable).

Moment privilégié : en soirée, avant le coucher.

Environnement :

lumière absente ou extrêmement tamisée,

silence complet,

absence de stimulation sensorielle (écrans, lecture, musique).

Position : allongée ou semi-assise, posture confortable et immobile.

5.2 Consignes thérapeutiques

Porter attention aux sensations corporelles (poids, contact, respiration).
Observer les pensées sans engagement cognitif.
Abandonner toute notion de performance ou de réussite.

6. Prescription clinique quotidienne

Dans une perspective de stabilisation neurobiologique, il est recommandé de prescrire un repos conscient quotidien, en particulier avant le sommeil.

Instructions au patient :

Éteindre les écrans au moins 30 minutes avant.

S'installer dans une pièce sombre et silencieuse.

Fermer les yeux et porter attention :

au contact du corps avec le support,

au rythme spontané de la respiration.

Si des pensées intrusives émergent, les observer puis revenir aux sensations corporelles.

Durée minimale recommandée : 10 minutes, augmentée progressivement.

7. Effets thérapeutiques observés

Les observations cliniques et études pilotes suggèrent :

réduction de l'hypervigilance,

amélioration de la qualité du sommeil,

diminution de l'anxiété somatique,

augmentation de l'intéroception,

restauration du sentiment de sécurité interne.

Le repos conscient agit comme un recalibrage du seuil de tolérance neuro-émotionnelle.

8. Limites et précautions

Chez certains patients traumatisés, le repos conscient peut déclencher :

- souvenirs intrusifs,
- dissociation,
- anxiété de lâcher-prise.

Recommandations cliniques :

débuter par des durées brèves (3-5 minutes),

utiliser des ancrages sensoriels (objet, toucher),

pratiquer en co-régulation thérapeutique si nécessaire.

9. Intégration dans les protocoles thérapeutiques

Le repos conscient peut être intégré :

en début de séance (stabilisation),

en inter-séance (prescription quotidienne),

dans l'EMDR, le Somatic Experiencing, l'IFS, la thérapie sensorimotrice,

dans les protocoles de prévention des rechutes addictives.

10. Conclusion

Le repos conscient constitue une intervention clinique essentielle dans la prise en charge des troubles psychotraumatiques et anxieux.

Il ne s'agit pas d'une technique de bien-être, mais d'un outil de régulation neurobiologique visant à restaurer la sécurité interne, prévenir les rechutes psychopathologiques et soutenir la longévité émotionnelle.

Des études contrôlées randomisées sont nécessaires pour valider son efficacité comparative avec d'autres interventions somatiques et attentionnelles.

Références (exemples)

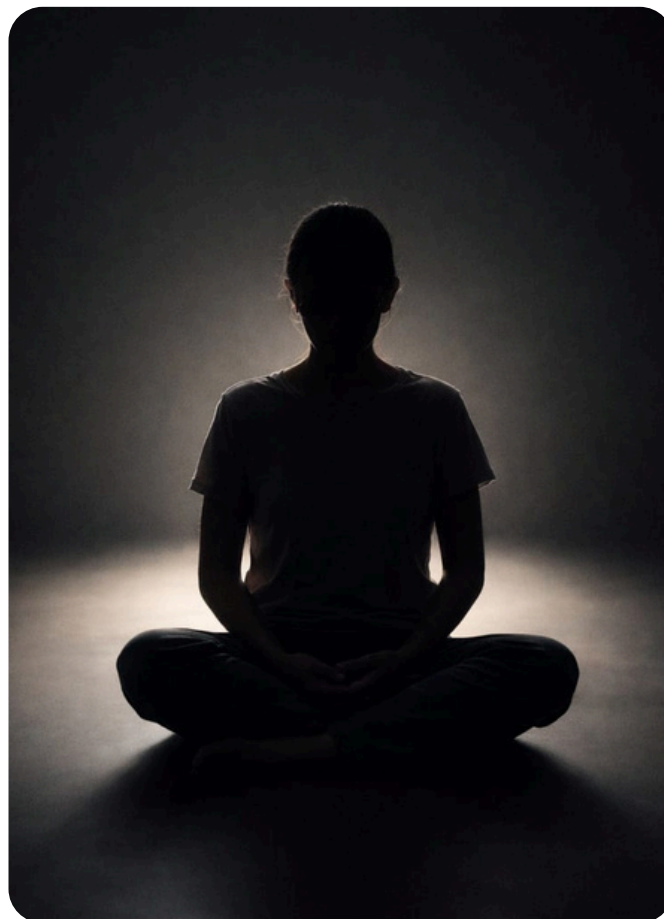
van der Kolk, B. (2014). *The Body Keeps the Score*. Viking.

Porges, S. W. (2017). *The Pocket Guide to the Polyvagal Theory*. Norton.

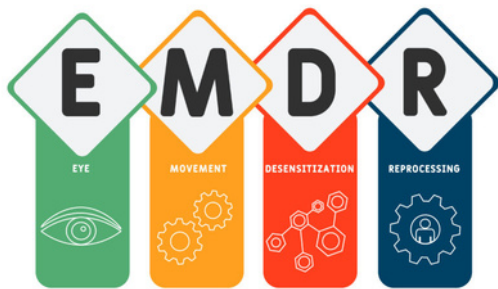
LeDoux, J. (2015). *Anxious: Using the Brain to Understand and Treat Fear and Anxiety*. Viking.

McEwen, B. S. (2007). Physiology and neurobiology of stress and adaptation. *Physiological Reviews*.

Thayer, J. F., et al. (2012). A meta-analysis of heart rate variability and neuroimaging studies. *Neuroscience & Biobehavioral exact* (publication scientifique, positionnement d'experte, diffusion grand public).



EMDR et TSPT : efficacité clinique, indications et limites dans les formes complexes



L'EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing), développée par Francine Shapiro, s'inscrit aujourd'hui parmi les approches de première intention dans le traitement du trouble de stress post-traumatique (TSPT), avec des recommandations fortes de l'Organisation mondiale de la santé, de la Haute Autorité de santé, ainsi que du National Institute for Health and Care Excellence.

Son modèle théorique central — le traitement adaptatif de l'information (TAI) — propose une lecture spécifique du trauma : non pas comme un excès d'émotion, mais comme un échec d'intégration.

Quand le traitement de l'information se fige : un modèle neuro-psychique du trauma

Le modèle TAI postule que, dans certaines conditions de débordement (sidération, effroi, absence de soutien...), les informations liées à l'événement ne peuvent être traitées de façon adaptative.

Elles restent ainsi stockées dans des réseaux mnésiques dits « états-dépendants », caractérisés par :

- une forte charge émotionnelle,
- une codification sensorielle (images, sons, sensations corporelles) qui reste quasi intacte,
- des cognitions négatives rigides et irrationnelles (du type « je vais mourir », « je suis impuissant », « c'est ma faute »,...).

Ces réseaux alors dysfonctionnels restent isolés des réseaux mnésiques plus intégrés (mémoire autobiographique narrative), ce qui explique leur réactivation brutale et non contextualisée.

Cette désorganisation se manifeste cliniquement par :

- la reviviscence (flashbacks, cauchemars),
- l'évitement (comme mécanisme privilégié de défense),
- l'hyperactivation neurovégétative.

Articulée sur le plan neurobiologique avec :

- une hyperactivation de l'amygdale,
- une hypoactivation du cortex préfrontal médian (défaut de régulation top-down),
- une altération du fonctionnement hippocampique (déficit de contextualisation temporelle).

Les travaux en imagerie, notamment ceux de Bessel van der Kolk³, viennent soutenir cette désorganisation des réseaux impliqués dans la mémoire et la régulation émotionnelle.

L'EMDR vise précisément à rétablir une circulation entre ces systèmes.

Le mécanisme d'action : double attention et retraitement

Le dispositif EMDR repose sur l'activation simultanée :

- du souvenir traumatique (image, cognition, émotion, sensation corporelle),
- et d'une stimulation bilatérale alternée (oculaire en première intention, mais aussi tactile ou auditive).

On parle de double attention.

Cette double attention permet de maintenir un ancrage dans le présent tout en activant le matériel traumatique, et d'assurer un accès contrôlé à celui-ci.

Elle induit plusieurs effets :

- une diminution progressive de la vivacité, de la charge émotionnelle et des sensations corporelles corrélées,
- une flexibilisation des cognitions associées,
- une intégration du souvenir dans un réseau mnésique plus adaptatif.

Plusieurs hypothèses explicatives coexistent :

- une analogie avec les processus neurophysiologiques du sommeil paradoxal (REM),
- une théorie de la mémoire de travail (taxation cognitive réduisant la vivacité des images),
- une facilitation de la reconsolidation mnésique.

Aucune ne suffit seule, et les mécanismes précis restent encore partiellement discutés. Il n'en reste pas moins que les résultats sont probants.

Une efficacité robuste dans le TSPT « simple »

Dans les TSPT liés à un événement unique, circonscrit dans le temps — les TSPT dits « simples » (accident, agression, catastrophe...) — l'EMDR a fait l'objet de nombreuses études contrôlées randomisées et méta-analyses.

Les résultats montrent notamment :

- une réduction significative des symptômes, objectivée par des échelles standardisées,
- une efficacité comparable aux thérapies cognitivo-comportementales centrées trauma,
- parfois une rapidité d'action supérieure (moins de séances nécessaires),
- et un maintien des effets dans le temps.

Les recommandations internationales placent l'EMDR au même niveau que les thérapies d'exposition prolongée.

Cliniquement, on observe :

- une désensibilisation rapide des affects associés au souvenir,
- une transformation des croyances négatives dysfonctionnelles,
- une intégration du souvenir dans une narration autobiographique moins intrusive,
- une diminution des conduites d'évitement,
- ainsi qu'un mieux-être généralisé.

Le souvenir ne disparaît pas mais change de statut. Il cesse d'agir dans le présent, comme si la menace était encore actuelle.

Le TSPT-C : du trauma comme événement au trauma comme organisation

Avec l'introduction du TSPT complexe dans la CIM-11 par l'Organisation mondiale de la santé, le cadre se modifie.

Le TSPT-C résulte d'expositions prolongées, répétées ou chroniques, souvent dans des contextes interpersonnels difficiles (maltraitance, abus, négligences précoces, attachements insécures et désorganisés...) où s'articulent trauma complexe et trauma développemental ou d'attachement.

Le tableau clinique inclut, au-delà des symptômes post-traumatiques classiques :

- une dysrégulation émotionnelle persistante (hyper ou hypoactivation),
- une altération profonde du concept de soi (honte, culpabilité, sentiment de dévalorisation...),
- des perturbations relationnelles majeures (méfiance, dépendance, isolement...)
- ainsi qu'un effondrement neurobiologique caractérisé.

Le trauma ne se réduit plus à un contenu mnésique isolé.

Il ne s'ajoute pas au fonctionnement psychique, mais le structure tout entier.

Les limites de l'EMDR : non pas théoriques, mais cliniques

Dire que l'EMDR est limitée dans le TSPT-C serait réducteur. Elle reste pertinente dans le TSPT-C, mais son utilisation nécessite des ajustements majeurs et gagne à s'inscrire dans une approche pluridisciplinaire.

La stabilisation comme préalable

L'accès direct aux souvenirs traumatiques peut être profondément désorganisant si les capacités de régulation sont insuffisantes. Aussi, dans ces configurations, le travail préparatoire (ressources, ancrage, sécurité) et la construction de capacités de régulation deviennent centraux, primordiaux et parfois longs.

Sans cela, le retraitement peut entraîner des débordements émotionnels ou des phénomènes de retraumatisation, voire une aggravation du tableau clinique.

La question de la dissociation

La dissociation structurelle (au sens de Onno van der Hart5) peut entraver le processus :

- accès fragmenté aux souvenirs,
- alternance de sur-implication et de détachement,
- difficultés à maintenir la double attention et à rester dans une fenêtre de tolérance suffisante pour permettre le retraitement.

Dans ces conditions, l'EMDR nécessite des adaptations spécifiques (travail avec les « parties » du psychisme, fractionnement des cibles, titration du matériel traumatique et recours à des méthodes d'oscillation entre activation et régulation).

La multiplicité des expériences traumatiques

Le protocole standard, centré sur une cible, atteint ses limites face à des trajectoires marquées par des traumas répétés. La constellation d'expériences impose une approche plus globale, souvent plus longue et non linéaire.

Les traumas précoces et le développement :

Dans les atteintes précoces, la question ne porte pas uniquement sur le souvenir, mais sur la construction psychique elle-même (attachement, sécurité interne, capacité de symbolisation).

Il est évident que le retraitement mnésique ne peut suffire à lui seul.

Le versant neurobiologique

La dysrégulation durable des systèmes neurobiologiques impliqués dans la réponse au stress, notamment des axes neuroendocriniens, engendrée par le trauma et liée à la perception subjective d'une menace vitale, peut nécessiter une approche pluridisciplinaire.

Celle-ci peut inclure, lorsque cela est pertinent, une prise en charge biologique adaptée, éventuellement étayée par des données d'exploration (notamment autour du cortisol).

Vers une clinique de l'ajustement

Ainsi dans le TSPT complexe, l'EMDR ne disparaît pas. Comme je l'ai dit précédemment, elle gagne à être pensée non comme une technique isolée, mais comme un outil intégré dans une approche plus large, incluant :

- une phase de stabilisation approfondie (création et consolidation des ressources, ancrage, régulation du système nerveux),
- un travail sur la relation thérapeutique comme espace sécurisant,
- une attention aux dynamiques transférentielles et aux enjeux d'attachement,
- des interventions complémentaires, notamment sur le plan neurobiologique (régulation du système nerveux autonome, axes du stress), pouvant être associées à des dimensions inflammatoires et/ou hormonales.

L'EMDR intervient alors de manière ciblée, dans une temporalité respectueuse du rythme du patient.

Conclusion

L'EMDR est aujourd'hui une approche incontournable du traitement du TSPT. Son efficacité dans les formes simples est solidement étayée.

Dans les formes complexes, elle reste un outil précieux, à condition de ne pas être utilisée comme une technique standardisée appliquée à des situations qui ne le sont pas.

Elle suppose d'articuler un travail de retraitement traumatique avec une restauration progressive des capacités de régulation et du lien, ainsi que du terrain neurobiologique sous-jacent.

C'est souvent là que l'illusion d'une technique « qui marche » vient buter sur la réalité du fonctionnement psychique.

La question n'est pas : « l'EMDR fonctionne-t-elle ? »

Mais : « quand, comment, et pour qui ? »

Références bibliographiques :

- Organisation mondiale de la santé (2013). Guidelines for the management of conditions specifically related to stress.
- National Institute for Health and Care Excellence (2018). Post-traumatic stress disorder (NG116).
- Haute Autorité de santé (2019). Trouble de stress post-traumatique : prise en charge.
- Francine Shapiro (2017). EMDR Therapy: Basic Principles, Protocols, and Procedures.
- Chen, Y. R. et al. (2014). EMDR vs CBT for PTSD: systematic review and meta-analysis.
- Cusack, K. et al. (2016). Psychological treatments for PTSD: systematic review.
- Bessel van der Kolk (1994). The body keeps the score: Memory and the evolving psychobiology of posttraumatic stress. Harvard Review of Psychiatry.
- Bessel van der Kolk, B. (2006). Clinical implications of neuroscience research in PTSD. Annals of the New York Academy of Sciences.
- Organisation mondiale de la santé (2019). International Classification of Diseases, 11th Revision (ICD-11). Section : Disorders specifically associated with stress.
- Onno van der Hart, Nijenhuis, E., & Steele, K. (2006). The Haunted Self: Structural Dissociation and the Treatment of Chronic Traumatization.



Dissociation post-traumatique ou schizophrénie ?











Dans les méandres de la psyché humaine, il est des territoires où la réalité se fragmente sans pour autant se rompre, et d'autres où elle se fissure jusqu'à se dérober. La dissociation post-traumatique, souvent liée au trouble de stress post-traumatique, appartient à la première de ces expériences : elle est une réponse du sujet à l'insoutenable, une manière de survivre à ce qui, autrement, anéantirait l'unité de l'être. L'esprit, confronté à la violence du trauma, se protège en cloisonnant ; il exile certaines émotions, isole des fragments de mémoire, scinde parfois l'identité elle-même. Ainsi naissent ces états de dépersonnalisation, où l'on se regarde vivre comme à distance, ou de déréalisation, où le monde semble perdre sa consistance. Dans ses formes les plus profondes, comme dans le trouble dissociatif de l'identité, cette fragmentation devient presque une architecture intérieure, faite de parts qui coexistent sans toujours se reconnaître.

À l'inverse, la schizophrénie ne relève pas d'un retrait protecteur face à un excès de réel, mais d'une altération plus radicale du lien même qui unit le sujet au monde. Ici, ce n'est pas tant la conscience qui se morcelle que la réalité qui vacille. Les frontières entre le dedans et le dehors se brouillent : les pensées peuvent être perçues comme étrangères, les voix comme extérieures, les croyances comme indiscutables. Là où la dissociation maintient, malgré ses fractures, une certaine lucidité — un fil ténu reliant encore le sujet à la compréhension de ce qui lui arrive —, la schizophrénie installe souvent une conviction pleine, hermétique, qui ne se laisse pas aisément entamer par le doute.

Entre ces deux univers, la confusion est pourtant fréquente, car certains signes semblent se répondre : des voix surgissent dans l'un comme dans l'autre, des altérations du moi apparaissent, des discontinuités de l'expérience se manifestent. Mais leur nature diffère profondément. Dans la dissociation, les voix portent souvent la trace du passé, elles murmurent l'écho du trauma, comme si des fragments de soi cherchaient à se dire ; dans la schizophrénie, elles s'imposent comme venues d'ailleurs, étrangères et souvent envahissantes, détachées d'une histoire identifiable. Ainsi, ce qui pourrait sembler semblable à première vue révèle, à l'examen attentif, des logiques opposées : l'une est mémoire blessée qui se défend, l'autre désorganisation qui s'impose.

Comprendre cette distinction n'est pas seulement un exercice théorique ; c'est une nécessité clinique et humaine. Car là où la dissociation appelle une reconstruction patiente, une réintégration progressive de l'histoire vécue, la schizophrénie requiert souvent un ancrage thérapeutique différent, visant à stabiliser une réalité devenue incertaine. Entre fragmentation protectrice et rupture du réel, il y a toute la différence entre un esprit qui tente de survivre à ce qu'il a traversé et un esprit qui peine à se maintenir dans le monde tel qu'il est partagé.

Dissociation post-traumatique vs Schizophrénie

Dissociation post-traumatique	Schizophrénie
 <ul style="list-style-type: none"> ✓ Réponse à un traumatisme (vécu comme menaçant) ✓ Mécanisme de défense du psychisme ✓ Symptômes principaux : <ul style="list-style-type: none"> – Dépersonnalisation / déréalisation – Amnésies dissociatives – Sentiment de détachement de soi – Fluctuations de l'identité ✓ Conscience de la réalité globalement préservée (insight présent) ✓ Lien clair avec des déclencheurs ou souvenirs traumatiques 	 <ul style="list-style-type: none"> ✓ Trouble psychotique chronique ✓ Altération du rapport à la réalité ✓ Symptômes principaux : <ul style="list-style-type: none"> – Idées délirantes (croyances fixes) – Hallucinations (souvent auditives) – Désorganisation de la pensée – Appauvrissement affectif – Retrait social ✓ Insight absent ou très altéré (le patient adhère à ses idées) ✓ Évolution souvent progressive et indépendante d'un traumatisme identifiable
Caractéristiques cliniques	Caractéristiques cliniques
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;">  Phénomènes dissociatifs (détachement, vide intérieur) </div> <div style="text-align: center;">  Amnésies ou trous de mémoire </div> <div style="text-align: center;">  Anxiété, flashbacks, reviviscences émotionnelles </div> <div style="text-align: center;">  État fluctuant, lié au stress ou aux souvenirs </div> </div>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;">  Hallucinations (surtout auditives) </div> <div style="text-align: center;">  Idées délirantes (croyances fixes) </div> <div style="text-align: center;">  Désorganisation de la pensée (discours incohérent) </div> <div style="text-align: center;">  Appauvrissement affectif et repli social </div> </div>
<div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <p>Élément clé de distinction : la dissociation garde une conscience de la réalité, tandis que la schizophrénie implique une rupture du contact avec celle-ci.</p> </div>	

IL FAUT SOUFFRIR POUR ALLER MIEUX

Le sevrage est une blessure volontaire. Un arrachement programmé. C'est le moment précis où l'on choisit de ne plus répondre à la douleur par le soulagement immédiat, où l'on coupe le lien avec ce qui, jusqu'ici, faisait tenir debout une psyché fracturée.

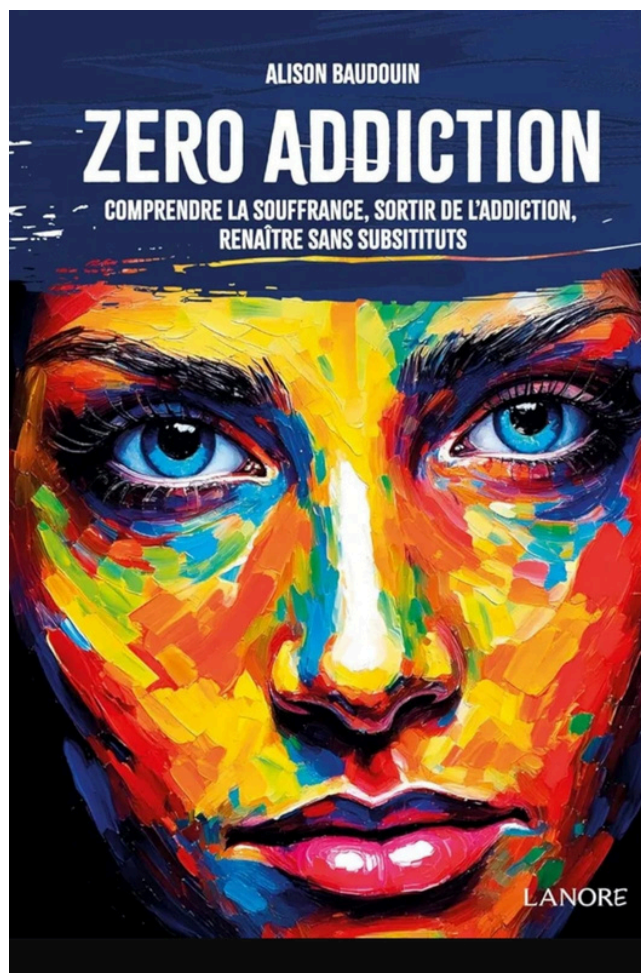
Et ce choix, aussi courageux soit-il, s'accompagne d'une douleur immense. Non pas parce que l'on échoue, mais précisément parce que l'on commence à réussir.

Il faut dire les choses clairement : on ne traverse pas un sevrage sans souffrance. L'idée même qu'un changement profond puisse s'opérer sans inconfort, sans crise, sans vertige, est un mythe dangereux. Ce qui se joue ici n'est pas la suppression d'un produit, mais la confrontation brutale avec tout ce que ce produit masquait. Et ce que l'on découvre dans les premiers jours ou semaines est un chaos intérieur.

Une mémoire corporelle douloureuse. Des affects remontés à vif. Une rage sans nom. Une fatigue abyssale.

Mais cette souffrance-là, aussi violente soit-elle, n'est pas destructrice. Elle n'est pas toxique. Elle est transformatrice. C'est une souffrance de réajustement qui ne vient pas détruire le sujet, mais l'informer. Elle révèle, plutôt qu'elle n'attaque. Elle fait émerger les causes profondes du besoin d'anesthésie, force l'écoute et oblige à descendre au fond du corps, au fond de l'histoire, là où l'on n'était jamais allé.

C'est pourquoi la clé du sevrage n'est pas la motivation, mais la curiosité. Une curiosité radicale. Celle de savoir ce qu'il y a de l'autre côté. Ce que cette douleur a à dire. Ce qu'il reste de soi quand on arrête de fuir. Se sevrer, c'est renoncer au soulagement pour rencontrer la douleur. Mais c'est aussi, jour après jour, découvrir que cette douleur n'est pas aussi insurmontable qu'on le croyait. Qu'elle a des contours. Qu'elle bouge. Qu'elle passe. Et que derrière elle, quelque chose de nouveau respire.



Souffrir pour aller mieux, ce n'est pas une punition. Ce n'est pas une posture sacrificielle. C'est une logique organique. Le cerveau a besoin de temps pour se réajuster, le système nerveux, d'espace pour se réguler et l'âme, de silence pour renaître. Et tout cela prend du temps. C'est une rééducation. Une désintoxication psychique autant que chimique.

Le sevrage, dans sa forme la plus noble, est une initiation. Il marque le début d'un rapport adulte à soi-même. C'est un engagement profond, souvent solitaire, mais jamais stérile. Il n'exige pas qu'on soit fort. Il exige qu'on soit prêt à rencontrer ce qu'on a toujours évité.

Et dans cette rencontre, aussi inconfortable soit-elle, commence la vraie liberté.

La relation amoureuse conventionnelle et la mécanique de l'invisible

Par **David Laurençon**

Psychotraumatologue

La relation amoureuse n'est pas uniquement le fruit d'un choix libre et conscient. Elle s'inscrit dans une mécanique invisible, façonnée par l'histoire individuelle, familiale et parfois transgénérationnelle. Nos liens affectifs portent l'empreinte de schémas hérités, de loyautés implicites et de répétitions inconscientes, nourries par un climat émotionnel transmis bien au-delà des mots. Au cœur de notre psychisme, une dynamique silencieuse est à l'œuvre car le cerveau ne cherche pas seulement un partenaire, il tend à confirmer un scénario intérieur déjà existant.

Ainsi, nos choix amoureux sont souvent moins des élans spontanés que des tentatives de cohérence avec une histoire ancienne.



L'héritage invisible des relations

Dès l'enfance, l'individu intègre une forme de « guide relationnel ». Sans en avoir conscience, il observe, ressent et enregistre les modèles affectifs qui l'entourent. Ces expériences ne se limitent pas à ce qui est visible, elles incluent aussi les tensions, les silences, les non-dits et parfois les blessures non élaborées des générations précédentes. Ces éléments forment une architecture psychique qui influence profondément la manière d'aimer. Peu importe l'orientation ou l'identité, ce sont les rôles, attentes et dynamiques relationnelles qui s'impriment. Avec le temps, ces modèles deviennent automatiques. Ils orientent les choix, réduisent le champ des possibles et façonnent une vision implicite de ce que doit être une relation « normale » ou « acceptable ».

Les modèles internes et la répétition

Le concept des Modèles Internes Opérants, développé par John Bowlby, éclaire ce phénomène. Ces structures mentales servent de référence inconsciente pour nos relations futures. Ainsi, nous avons tendance à choisir des partenaires qui correspondent à ces modèles, même lorsque ceux-ci sont source de souffrance. Le cerveau privilégie la cohérence à la liberté. Il cherche du familier, non du nouveau. La relation devient alors un miroir, non pas de qui nous sommes réellement, mais de ce que nous avons appris à être.

La relation comme continuité et contrainte

Entre biologie, éducation et expérience, la relation amoureuse conventionnelle s'inscrit dans une logique de stabilité. Le cerveau, orienté vers la survie, privilégie ce qui est connu, même imparfait. Cette dynamique explique pourquoi certaines personnes restent dans des relations insatisfaisantes ou reproduisent les mêmes schémas. Il ne s'agit pas d'un manque de volonté, mais d'une fidélité inconsciente à un équilibre ancien. Aimer devient alors parfois une tentative de réparation, une recherche de reconnaissance ou une reproduction d'un cadre appris.

La rupture d'un choc psychique et identitaire

La séparation ne se limite pas à la perte de l'autre. Elle peut représenter une rupture avec un modèle intériorisé, voire avec une attente familiale implicite. Le corps et le psychisme réagissent intensément, car rompre peut être vécu comme une trahison envers une histoire plus large. L'individu ne sait plus s'il souffre de l'absence de l'autre ou de l'effondrement d'une identité construite autour du couple. Cette phase peut entraîner fatigue, désorientation ou somatisation. Elle révèle à quel point la relation dépassait la simple interaction entre deux individus.

Le triptyque fondateur de la personnalité

La relation amoureuse s'inscrit dans une tension entre trois forces principales : • L'héritage éducatif et les normes et valeurs intégrées dès l'enfance • L'apprentissage expérientiel et les expériences vécues et répétées • L'instinct biologique et la recherche de sécurité et de continuité L'individu agit ainsi comme un point de convergence entre ces dynamiques. Le libre arbitre existe, mais il est influencé par ces forces profondes.

La crise comme point de bascule

Lorsqu'un décalage apparaît entre ces trois dimensions, une crise peut émerger. Le sentiment de ne pas avoir choisi sa vie marque une rupture intérieure majeure. Ce moment, bien que déstabilisant, ouvre un espace inédit, celui de la remise en question. Le vide ressenti n'est pas un néant, mais une phase de déconstruction nécessaire. C'est dans cet espace que peut apparaître une distinction essentielle. • ce qui relève de l'héritage, • ce qui relève de l'adaptation, • et ce qui relève de soi.

Le rôle du cadre conventionnel

Le cerveau humain a besoin de repères pour fonctionner. Les normes sociales et relationnelles servent de structure, permettant de réduire l'incertitude. Le « conventionnel » n'est donc pas uniquement une contrainte, il est aussi un support. Sans lui, l'individu serait confronté à un chaos difficilement soutenable. Cependant, ce cadre peut devenir limitant s'il est confondu avec une vérité absolue. Ce qui nous structure peut, avec le temps, nous enfermer. L'enjeu n'est pas de rejeter ces repères, mais de les utiliser sans s'y identifier totalement.

Vers une prise de conscience

Se comprendre implique de questionner ses propres schémas. • Mes choix sont-ils réellement les miens ? • Ce que je recherche correspond-il à un besoin personnel ou à une attente apprise ? • Mes réactions sont-elles proportionnées à mon histoire consciente ? Ces interrogations ne visent pas à juger, mais à observer.

Rendre visible l'invisible

Un travail simple consiste à observer les dynamiques familiales sur plusieurs générations. • Les types de relations (fusionnelles, distantes, conflictuelles) • Les répétitions de comportements • Les silences ou événements marquants Ce regard permet parfois de percevoir des continuités entre son histoire et celle de ses ancêtres. L'objectif n'est pas d'expliquer de manière définitive, mais de voir apparaître des motifs.

Conclusion

La relation amoureuse conventionnelle est bien plus qu'un simple lien entre deux individus. Elle est le résultat d'un entrelacement complexe entre héritage, apprentissage et instinct. Prendre conscience de cette mécanique invisible ne signifie pas la rejeter, mais s'en différencier. C'est dans cet espace, entre déterminisme et liberté, que peut émerger une manière d'aimer plus consciente. Non plus une répétition du passé, mais une expression plus authentique de soi.

Vos psychotraumatologues en région



Lecture recommandée :



LE GUIDE POST-TRAUMATIQUE

Le stress post-traumatique est une atteinte profonde à l'équilibre psychologique et physiologique, parfois difficile à comprendre et à surmonter, car invisible. Il entraîne une cascade de réactions complexes dans le cerveau et le corps. Ces déséquilibres plongent l'individu dans un état d'épuisement émotionnel, de dissociation et d'hypersensibilité, pouvant provoquer des comportements auto-destructeurs.

Alison Baudouin, professionnelle en psychologie clinique et survivante de traumatismes, propose une compréhension des différents mécanismes de stress post-traumatiques et de leur chronicité possible s'il n'est pas pris en charge. Transformer la douleur en force mentale est tout le but de ce guide qui présente des outils éprouvés comme la thérapie cognitivo-comportementale (TCC), l'EMDR et l'intégration des croyances limitantes.

Il explique par ailleurs comment lutter contre les addictions avec une approche sur une alimentation sans sucre en intégrant des exercices inspirés de la philosophie stoïcienne et psychologie positive.

Un article à proposer pour le prochain numéro du Journal de Psychotraumatologie ?

Envoyez-nous votre message à :

contact@lacliniquedupsychotrauma.fr



LA CLINIQUE DU
PSYCHOTRAUMA
STRESS POST-TRAUMATIQUE



www.lacliniquedupsychotrauma.fr

www.lacliniquedupsychotrauma.fr