

## Les empreintes traumatiques précoces

### Déceler les blessures préverbales, pour mieux accéder aux souvenirs sources

Par Héléne Dellucci

L'importance des interactions du début de la vie est reconnue à travers de nombreux courants psychologiques. Qu'il s'agisse de développement, d'attachement, de socialisation, de construction du Moi ou d'apprentissages fondamentaux, la qualité relationnelle qu'un enfant peut avoir avec son environnement est primordiale pour lui donner des bases sécurisées et des ressources pour s'épanouir et réussir sa vie.

#### Introduction : Pourquoi parlons-nous d'empreintes précoces ?

Nous entendons par empreintes précoces des traces mnésiques préverbales, qui se sont inscrites avant l'âge de trois ans, c'est à dire à une époque préverbale, où l'articulation symbolique de la parole n'est pas encore acquise. Il s'agit donc de mémoires non incluses dans le traitement sémantique, qui a trait au langage, au récit, à la construction biographique. Le matériel stocké est davantage iconique, implicite, non relié à la conceptualisation, uniquement éprouvé. De ce fait, nous ne pouvons parler de souvenirs. Ces mémoires ne peuvent être identifiées rationnellement, mais existeraient dans des structures archaïques du cerveau, en lien avec le corps sous forme d'empreintes sensorielles.

La mise en relief par la parole n'est bien sûr pas interdite, qu'il s'agisse d'intuitions ou bien de mises en contexte à partir d'éléments partagés par des membres de la famille. Pourtant, très souvent, la parole autour d'événements de la petite enfance est déconnectée de l'éprouvé. Les raisons peuvent être multiples :

- Le fonctionnement dissociatif : si ces éprouvés sont traumatiques, il n'est pas rare, que le récit familial, s'il y a, soit vécu comme dissocié des sensations repérables. La personne peut relater un décès survenu autour de sa naissance, et qui a été traumatique pour la famille, ou bien une tentative de suicide de sa mère lorsqu'elle avait un an, mais cela reste de l'ordre du récit factuel, non relié à l'émotion, ni aux sensations. Dès lors, il est possible que l'émotion dissociée soit ressentie plutôt par l'entourage ou bien par un thérapeute empathique. Pour la personne affectée, ces empreintes restent cependant sous le sceau de l'amnésie protectrice.
- Il existe une fausse idée largement répandue, selon laquelle ce que vit un bébé, ne peut être stocké. Jusqu'au début des années quatre vingt et avant, le monde soignant partageait l'idée, selon laquelle un nouveau-né ne pouvait pas ressentir de douleur, au vu de l'immaturation de son système nerveux. Heureusement, de nos jours, ces considérations ont été reconnues obsolètes. Cependant, l'idée est tenace, que ce qui s'est passé à un âge précoce n'a ni besoin d'être évoqué, ni parlé, étant donné l'absence de souvenirs conscients de cette période du début de la vie. La personne affectée n'a pas d'accès explicite à sa mémoire, et ne peut donc pas questionner précisément ces événements. Des émotions encore fortes, comme la honte, accompagnant certains événements, empêchent de mettre des mots sur des expériences qui ont laissé une blessure traumatique. Parfois les

personnes qui pourraient témoigner sont elles-mêmes touchées par l'amnésie, ou par le déni.

- Si des empreintes traumatiques existent, celles-ci sont devenues familières pour la personne, qui a du se construire malgré elles, et pour l'entourage de l'époque. Aujourd'hui, certains cliniciens suggèrent la dimension nosologique de « Troubles Traumatiques du Développement » (Van der Kolk, 2005, 2007 ; Van der Kolk et coll., 2009). A l'âge adulte, la comorbidité s'étend bien au delà. Il est fréquent, que les personnes développent des troubles de la personnalité, des troubles dissociatifs, des addictions, des tableaux de dépression chronique, pour n'en citer que les plus courants. Ces tableaux cliniques font souvent état d'expériences adverses précoces, de traumatismes multiples et complexes, impliquant des styles d'attachement insécures, des troubles massifs de l'estime de Soi, et une difficulté dans les relations interpersonnelles. La tolérance à l'affect est souvent très faible pour certaines émotions, comme la peur, la honte, ou la panique de perdre l'attachement, ainsi que le contrôle de l'impulsion. Si les personnes arrivent à se construire suffisamment pour parvenir à fonctionner tant bien que mal avec ce que la société leur demande, il n'est pas rare qu'il existe un malaise ressenti comme vague, qui va de pair avec une tendance à se négliger et se maltraiter. Ceci au prix d'une ambition extrême, de conduites d'échec ou compensatoires, qui mènent rarement à la vie souhaitée.
- Un facteur non négligeable peut être constitué par une pensée déterministe de la part des professionnels de santé mentale, qui, sachant l'importance des enjeux développementaux de l'âge précoce, pourraient avoir tendance à considérer la personne comme immuablement marquée par un passé indélébile. Si nous sommes d'accord avec le fait que nous ne pouvons changer le passé, ni ce qui a pu se produire, nous restons cependant confiants dans la plasticité des structures cérébrales sous-corticales, ainsi que dans la capacité du cerveau à établir des connexions, et donc à pouvoir se relever d'empreintes traumatiques précoces, aussi invalidantes puissent-elles paraître.

Comment pouvons-nous alors appréhender des phénomènes aussi perturbateurs que difficiles à saisir ? Est-il possible d'apprendre plus tard dans la vie, ce qui n'a pas pu se développer à un âge aussi charnière ?

### Neurobiologie des empreintes traumatiques précoces

La raison pour laquelle nous tenons à écrire ces lignes est que nous pensons que tout traumatisme est par essence guérissable. Le modèle du Traitement Adaptatif de l'Information (Shapiro, 2001) nous enseigne que toute expérience peut être vue sous la forme d'un réseau neuronal, entre différentes aires cérébrales impliquées dans le traitement de l'information. L'hypothèse est faite que les réseaux traumatiques n'ont souvent pas de connexion avec les aires préfrontales, et restent dans un fonctionnement sous-cortical, c'est à dire plus archaïque et non-contrôlé. La charge émotionnelle impliquée et stockée dans ces réseaux provoque une réaction de survie, dès lors qu'un élément déclencheur dans l'environnement en suscite l'activation. Cette réaction de survie comporte à la fois des effets physiologiques et hormonaux, ce qui provoque une inhibition du lobe préfrontal, au bénéfice de réactions orthosympathiques de fuite ou de lutte. Dans le cas où la menace continue, et que le système s'épuise ou n'a que peu d'énergie ou peu de possibilité pour fuir ou lutter, alors une réaction parasympathique dorsale (Porges, 2001, 2011) viendra provoquer une sous-activation physiologique. Une réaction de survie extrême survient alors, avec des sensations de perte de force dans les

membres, une chute de tension artérielle, une chute de la fréquence cardiaque, une respiration extrêmement superficielle, et un arrêt pur et simple des fonctions cérébrales corticales, au bénéfice d'un fonctionnement au niveau du tronc cérébral, qui lui-même est perturbé. Des recherches en neuroimagerie (Lanius et coll., 2003) montrent bien ce contraste entre sur-activation et sous-activation physiologiques, consécutives à des réactions de type orthosympathique et de dissociation péri-traumatique, suggérant ainsi deux types de syndromes post-traumatiques (Lanius et coll. 2007), l'un se montrant de manière classique par des réactions émotionnelles fortes, l'autre apparaissant sous des signes plus discrets de sous-activation physiologique. Ce sont ces dernières manifestations que nous observons régulièrement, lorsque nous abordons les empreintes précoces en utilisant un protocole EMDR<sup>1</sup> spécifique (O'Shea, 2001, 2009).

Il va sans dire que plus la personne est jeune au moment de l'occurrence d'expériences adverses, plus le système physiologique est dépassé rapidement et plus la réaction parasympathique dorsale est probable. D'autre part, nous savons bien que les expériences adverses n'attendent pas que nous ayons un âge précis pour survenir. Les services de PMI, de Sauvegarde et d'Aide à l'Enfance nous apprennent que les expériences adverses ont lieu dès le début de la vie, parfois-même in utéro. Des recherches sur les rongeurs ont montré que les carences de soins maternels ont un effet durable sur les structures cérébrales et hormonales impliquées dans la gestion du stress (Liu et coll., 1997 ; Francis et coll., 1999). Ces auteurs suggèrent des mécanismes épigénétiques, c'est à dire que c'est l'expression des gènes qui est touchée. D'autres auteurs, tout en soutenant cette thèse, indiquent que ces effets sont stables jusque dans la vie adulte (Weaver et coll. 2004). Ces chercheurs rapportent, que ces données ne se limitent pas aux animaux, mais peuvent également être retrouvés chez les humains (Weaver et coll., 2004 ; Szyf et coll. 2005), notamment par le biais de recherches sur les personnes s'étant suicidées (McGowan et coll., 2008, 2009). Le syndrome du bébé secoué, par définition est une expérience dans laquelle sont impliqués au moins un parent dépassé et le bébé en détresse. Lorsqu'on explore des dimensions familiales et transgénérationnelles, il apparaît très souvent que les fragilités décelées peuvent être repérées également dans les générations précédentes (Dellucci, 2009). Ici, les expériences de débordement émotionnel et physiologique se conjuguent avec des défauts d'attachement et des réactions post-traumatiques, faites d'évitement, de silence, de honte, de déni. Ces stratégies sont loin d'une possible intégration, permettant de dépasser l'expérience si retentissante. Face à ce tableau très noir, il apparaît comment les personnes touchées, qui sont restées en vie et ont pu grandir malgré cela, développent ainsi des mécanismes de survie extrêmement ingénieux, souvent passés sous silence. En tant que professionnels de la relation d'aide, nous avons donc la responsabilité de mettre en lumière ces éléments précieux, qui non seulement vont teinter la relation thérapeutique, mais qui doivent être vus comme des ressources spécifiques, appartenant au style de la personne pour faire face, et ce depuis le début de sa vie. Ce dont nous pouvons être sûrs, c'est que ces stratégies de survie ont fonctionné. Il est donc évident, que la personne y aura recours, dès qu'elle se sentira en insécurité.

---

<sup>1</sup> EMDR : Eye Movement Desensitization and Reprocessing (Shapiro, 2001) pourrait être traduit en français par Désensibilisation et Réintégration Neuro-Émotionnelle par le Mouvement des Yeux (Servan Schreiber, 2003). Il s'agit d'une des thérapies les plus efficaces pour le traitement des traumatismes psychiques. Pour en savoir plus, nous renvoyons le lecteur intéressé au site de l'Association EMDR France : <http://www.emdr-france.org/>

Chaptire publié dans R., Coutanceau, J., Smith & S., Lemitre. *Trauma et Résilience. Victimes et Auteurs*. Ed Dunod, Paris.

Les considérer comme éléments de survie précieux, pourrait contribuer à préserver le professionnel d'un contre-transfert difficile et massif (Dellucci & Wolf, 2011).

### **La fenêtre de tolérance : zone d'activation physiologique optimale pour intégrer l'expérience**

Ce concept, développé par Siegel (1999), puis Ogden & Minton (2000, 2006), nous est particulièrement précieux en psychotraumatologie, car il permet de prendre en compte la dimension de l'activation physiologique, quelque soit le contenu abordé. Cette lecture très près du corps et de ses réactions les plus archaïques trouve toute sa pertinence lorsque nous abordons des contenus préverbaux, qui par nature, restent dans une dimension sensori-motrice.

Lorsque nous nous trouvons dans notre fenêtre de tolérance, nous sommes en contact avec autrui, la physiologie se régule et le cerveau, entre autre, peut intégrer l'expérience vécue et apprendre. Il s'agit de l'état que Steven Porges (2001, 2011) appellerait activation parasympathique ventrale, un état où le système physiologique est en équilibre, et qui rend l'attachement sécurisé possible. En suivant le déroulement d'une vague émotionnelle, en général, même lors d'abréactions importantes, l'activation physiologique se régule. Cela permet à la personne en thérapie, de transformer le réseau neuronal traumatique, en évacuant la charge émotionnelle devenue inutile lors des circonstances sécurisées actuelles, en créant des liens synaptiques avec les réseaux ressources. Si nous sortons de notre fenêtre de tolérance, le ressenti émotionnel peut nous amener à une sur-activation, en passant par différents degrés. Lorsque nous approchons des limites d'intégration, l'apprentissage s'arrête, et nous avons tendance à revenir à des réflexes de survie. Alors nous ne sommes plus en lien, donc plus en lien avec le thérapeute. Le thérapeute averti reconnaîtra une courbe émotionnelle qui ne suit pas un dessin en vague comprenant un pic, puis un apaisement. Plus la personne est en crise, plus la fenêtre de tolérance est réduite. Lorsque celle-ci n'est pas suffisante, un travail préalable sera nécessaire (O'Shea, 2009 ; Dellucci, 2010), avant d'aborder le contenu traumatique. Une tolérance à l'affect suffisante permettra de contenir l'activation émotionnelle et physiologique correspondante, et permettra au système de se réguler et de s'apaiser. Les émotions qui peuvent mener à une sur-activation sont la peur, la colère et la panique de perte d'attachement. Celles qui provoquent des vécus de sous-activation sont la honte, la terreur, la tristesse. Les recherches en neurophysiologie et en physiologie sont unanimes pour dire que d'abord nous sur-activons, et qu'ensuite, si le danger ne passe pas, il y a une sous-activation (Porges, 2001). La durée de la sur-activation dépend de la force physique de la personne, étant donné que cet état est très coûteux en énergie. Il semblerait qu'en moyenne, les hommes soient capables de sur-activer plus longtemps que les femmes, et ce pour des raisons de complémentarité sociale : les mâles des premières hordes défendaient le groupe, les femelles avaient pour tâche de cacher les petits. Plus un enfant est jeune lorsqu'il fait des expériences adverses, plus la tendance à sous-activer va être forte. Cependant, l'explication post-traumatique n'est pas la seule cause reconnue pour provoquer des empreintes traumatiques précoces. Nous savons aujourd'hui que lorsqu'un tout petit grandit dans un milieu fait d'hostilité et d'indifférence répétées, les séquelles post-traumatiques sont importantes et complexes, le plus souvent accompagnées de troubles dissociatifs et d'attachements désorganisés (Lyons-Ruth et coll. 2005).

## Troubles dissociatifs, fonctionnement dissociatif sur le plan relationnel, symptômes dissociatifs

Cette distinction faite par Vermetten, Dorahy et Spiegel (2007) nous permet de comprendre les éléments dissociatifs dans leur dimension phénoménologique. Ces trois niveaux permettent au clinicien d'avoir des repères clairs pour orienter ses actions en fonction des éléments surgissant au cours du processus thérapeutique :

1. Le premier niveau est la dissociation **sous forme de symptôme**.

Il s'agit simplement d'informations contenues dans un réseau neuronal, le plus souvent provenant d'un vécu de dissociation péritraumatique. Les éléments de sous-activation, contenus dans les empreintes traumatiques précoces, vont souvent apparaître sous cette forme. La tâche du thérapeute sera de vérifier le contact avec le patient, de le soutenir et de continuer le retraitement. Il sera important d'orienter l'attention de la personne vers le moment où ces éléments régressent. Si tel n'est pas le cas, ou si le contact relationnel se perd, alors il sera important de considérer le deuxième niveau.

2. La dissociation apparaissant **dans le processus relationnel**.

Le thérapeute attentif se rend compte qu'il commence à perdre le contact avec le patient. Il est important alors de stimuler la personne sans attendre, en commençant avec des exercices d'ancrage à tisser dans le processus de travail, et de vérifier le temps de réaction, par exemple : demander à la personne si elle sent bien ses pieds dans les chaussures, tout en observant ses mouvements. Si la réaction est immédiate, et que la personne bouge ses pieds dès que le thérapeute le lui demande, le contact est bon. Toute hésitation ou réaction plus longue doit donner lieu à davantage d'exercices d'ancrage, jusqu'à rétablir un contact et un sentiment de sécurité suffisants. Le processus de retraitement est alors interrompu. En cas de dissociation apparaissant dans le processus relationnel, il est important de stopper la sous-activation immédiatement. En cas de défaut, cette réaction extrême peut aller jusqu'à une bradycardie et une chute de tension artérielle importantes. Chez les enfants, cela peut aller très vite. La tâche du thérapeute sera toujours de stimuler la personne, physiquement, en lui demandant de participer, sans laisser s'installer la sous-activation, et de stabiliser ensuite.

La reprise du travail sur le traumatisme ne reprendra que si la personne est suffisamment stable, et d'abord sous forme de techniques d'oscillation (Levine, 1997 ; Twombly, 2000 ; Fine & Berkowitz, 2001 ; Knipe, 2009), lui permettant d'apprendre ou de renforcer sa capacité à maintenir une attention double.

3. Le troisième niveau est la **dissociation sous forme de trouble de la personnalité**.

Il s'agit d'un trouble dissociatif pathologique, à ne pas confondre avec des phénomènes d'absorption. La théorie de la dissociation structurelle (Van der Hart, Nijenhuis & Steele, 2006) décrit cette forme de dissociation pathologique en distinguant entre deux types de fonctionnement : d'une part un fonctionnement « apparemment normal », orienté vers les tâches de la vie quotidienne, la survie de l'espèce, le futur, et d'autre part un fonctionnement d'ordre émotionnel, en lien avec des vestiges traumatiques, orienté vers la survie individuelle, en réponse à des menaces existentielles.

Ces mécanismes de survie individuelle, lorsqu'ils sont déclenchés, se présentent grossièrement de deux ordres : d'une part un fonctionnement émotionnel « contrôlant » qui manifeste une phobie de l'attachement, mû par une prédiction du type « si je m'attache, ça va mal se passer », et un fonctionnement émotionnel

dit « de victime », tellement en manque de besoins inassouvis, notamment de besoins d'attachement, et qui pousse vers une proximité plutôt qu'une sécurité. Le résultat est un conflit incessant et paradoxal entre la peur de s'attacher et la panique de perdre l'attachement (Van der Hart, Nijenhuis & Steele, 2006).

Les niveaux de dissociation ultérieurs incluent les premiers. Si la personne se déconnecte de la relation de manière répétée, cela est à comprendre comme une sortie de la fenêtre de tolérance, et il sera important de retourner vers un travail dont le but est une amélioration de la tolérance à l'affect (Dellucci, 2010, O'Shea 2009). Cela peut concerner une appréhension particulière ou une émotion intolérable qui surgit et à laquelle il faudra prêter attention. Si des fonctionnements dissociatifs pathologiques apparaissent, le retour vers un axe de stabilisation est nécessaire. Cela inclut un travail d'exploration de ces réseaux neuronaux particuliers, qui se comportent comme une carapace fermée et autonome par rapport au reste du psychisme. Ce travail devra se faire avec précaution parce qu'en général, la partie de la personne fonctionnant au quotidien a développé une forte phobie pour ce fonctionnement émotionnel (Van der Hart et coll. 2006). Un travail de reparentage visera à dépasser cette phobie, et permettra de créer un lien de coopération suffisant. La psychopédagogie pourra être utile également.

Travailler à retraiter les empreintes précoces revient à s'adresser à un niveau de souvenirs source supposés en deçà de l'installation de la dissociation. Cela implique que nous considérons les troubles dissociatifs consécutifs à une traumatisation, même précoce, comme appris, et donc sensibles au retraitement. Cela fonctionne bien si la tolérance à l'affect est suffisante. Il arrive cependant, qu'un fonctionnement dissociatif pathologique émerge au cours du travail, nécessitant des interventions spécialisées. Nous encourageons le clinicien à se former suffisamment pour rester efficace par rapport à ce type de phénomènes.

### Phénoménologie des empreintes précoces et indications

Nous savons que les traumatismes familiaux provoquent des défauts d'attachement de la part des parents à l'égard de leurs enfants, soit parce que les capacités d'attachement et de prendre soin sont directement touchés, soit parce que les parents, au moment où ils sont activés par un déclencheur, si celui-ci les mène hors de leur fenêtre de tolérance, ne peuvent pas soutenir leur enfant dans ce moment crucial. Les parents, même les plus attentionnés par ailleurs, lorsqu'ils sont aux prises avec leurs propres séquelles post-traumatiques, ne peuvent pas répondre au besoin de l'enfant, qui serait d'être apaisé, conforté dans le fait qu'il s'agit d'une histoire qui a été difficile, mais que maintenant les choses sont à nouveau en ordre. Des parents débordés peuvent être en manque d'empathie, ce qui provoque des ruptures d'attachement. Les enfants par contre, même tout petits, restent dans une empathie sans pareil, s'attachant malgré eux, car il en va de leur survie.

Comme ces enfants sont bien outillés, qu'ils ont des ressources, en grandissant, ils font face tant bien que mal. Cependant en grandissant avec ces empreintes, il se peut que leur personnalité ou leur fonctionnement s'organise autour de ces empreintes traumatiques. La particularité des empreintes traumatiques précoces, c'est qu'elles deviennent familières, au point qu'on ne les distingue plus du fonctionnement général.

Très souvent, nous voyons arriver en thérapie des personnes adultes en demande d'aide, se plaignant d'un sentiment vague de malaise, de dépressions répétées, d'un mal-être qu'ils n'arrivent pas à qualifier autrement. S'ils sont en mesure d'être plus précis, ils

disent ne pas être capables de mettre des limites, qu'ils se mettent en danger. Il n'est pas rare de voir des personnes qui souffrent d'une timidité telle, qu'elle dépasse la seule phobie, ou qui ont tendance à avoir des troubles de l'estime de Soi envahissants. Ou encore ils n'arrivent pas à développer des attachements sécures, des relations de couple durables.

C'est ainsi que Sylvie, 35 ans, cadre de santé, formule son problème qui l'amène en thérapie. Accompagnée d'une vague sensation de blocage, elle évoque : « J'avais toujours dans l'idée de fonder une famille. Là j'ai trente cinq ans, et si je ne fais rien, je ne vais pas y arriver. » Plusieurs femmes se sont retrouvées en consultation avec cette demande qui semble dissociative, car elle ne concerne pas tant le fait d'être en couple. Le conjoint existerait, mais presque de manière fonctionnelle, non investi d'un quelconque désir, comme si cette dimension était restée muette.

Nous proposons à toutes ces personnes, que leur demande comporte des aspects dissociatifs ou non, d'aborder les empreintes précoces. Nous proposons aussi ce type de travail, lorsqu'il y a eu des événements potentiellement traumatisants dans la petite enfance, autour de la naissance, voire même avant, tant pour la famille, que pour les personnes venues consulter.

Katie O'Shea, qui est l'auteur de ce protocole EMDR spécifique (2001, 2009) propose une liste d'indications plus précise, qui comporte l'adoption, des placements multiples, si la grossesse ou/et l'accouchement ont été traumatiques, si la mère a été en détresse physiquement ou émotionnellement pendant la grossesse, l'accouchement ou après, s'il y a eu des difficultés dans le développement, des hospitalisations ou des chirurgies précoces, des maltraitances ou des négligences connues, s'il y a eu un syndrome d'exposition à l'alcool du fœtus, un trouble de l'attachement, des troubles autistiques, un syndrome d'Asperger, des troubles de déficit de l'attention et d'hyperactivité, des troubles du sommeil, de l'alimentation ou de l'élimination, s'il y a ou il y a eu des détresses émotionnelles envahissantes, des symptômes dissociatifs, des somatisations un discours incohérent ou bien toute intuition que le malaise puisse être en lien avec une période ressentie comme précoce.

### **Comment, concrètement, aborder les empreintes précoces ?**

Aborder les empreintes traumatiques précoces dans un cadre approprié et limité permet de traiter celles-ci, sans qu'elles ne fassent irruption de manière imprévisible et incompréhensible lors du travail sur un autre souvenir, ou bien qu'elles mènent à une déstabilisation en continuant de sous-alimenter un vécu dont la charge émotionnelle ne baisse pas.

Rappelons que le retraitement des empreintes précoces, dans la plupart des cas, se concentre sur des mémoires préverbaux traumatiques. En l'absence d'empreintes traumatiques, ce qui arrive rarement, ce travail se résumera à un protocole de ressources.

Il est primordial, que la personne ait pu marquer son accord pour travailler sur ses empreintes précoces. Nous supposons une stabilisation suffisante, et qu'au préalable ait été questionnée la dimension d'une appréhension perturbante, et s'il y a, que celle(s)-ci ai(en)t déjà pu être retraitée(s). Nous supposons aussi la vérification ou l'installation d'une tolérance à l'affect suffisamment contenante.

Une fois que le thérapeute s'est rendu prédictible, le travail peut commencer. Trois périodes de vie seront abordées l'une après l'autre : la période fœtale, la période néonatale et celle allant de zéro à trois ans. Même si nous n'avons pas de souvenirs conscients de ces étapes de notre vie, Katie O'Shea, l'auteur de ce protocole, nous

indique que s'il y a des empreintes traumatiques précoces, elles émergent lorsqu'elles sont ciblées. Nous confirmons cela, pourvu que la personne se sente suffisamment en sécurité.

Le ciblage se fait en demandant au patient de penser à une période donnée et à lui-même « en tant que » fœtus, nourrisson ou petit ... <sup>2</sup>, p.ex : « veuillez penser à vous, en tant que fœtus, porté par votre mère, dans son ventre, pendant la grossesse ». Ce qui émerge peut être de l'ordre de contenus émotionnels, sensoriels, mais aussi des images, des impressions, des pensées. Nous entendons fréquemment des expressions comme : « Ma mère se demande si elle va avorter », « Mon père n'est pas du tout content », « une sensation d'agitation », « rien, c'est noir », « une impression d'immobilité » allant de pair avec des symptômes d'hypoactivation, qui ne sont pas rares. Ces contenus peuvent être associés à des sensations physiques comme des acouphènes, des tensions, des sensations de froid, ou bien un mouvement particulier, une sensation de cordon ombilical autour du cou. Etant donné la nature préverbale des empreintes, nous centrons notre attention sur les traces mnésiques émergeant dans le corps. Nous demandons régulièrement à la personne de localiser son ressenti corporel et de le suivre. Tant que le corps est actif, il y a un processus en cours, et le retraitement continue. Rappelons que la centration sur les sensations du corps permet également de fractionner le retraitement.

Le contenu, quel qu'il soit, est secondaire pour le thérapeute. Ce dernier ne peut s'associer à la recherche de souvenirs précis. Le contenu est affaire du patient uniquement. Ce dernier est parfois désireux de questionner et discuter des éléments qui ont émergé en séance, avec des personnes proches. Nous informons la personne que ce qui émerge peuvent être des choses qui ont été vécues, perçues, des éléments qui peuvent avoir été transmis, captés, ou reconstruits. Mais nous ne pouvons pas en déterminer la nature exacte. Pour nous thérapeutes, ce qui se présente en termes de contenu, ce sont des éléments existant dans le psychisme de la personne, qui traite l'information. Nous invitons la personne à laisser se dérouler le processus comme il se présente, à ne pas juger, ni guider ce qui émerge.

Parfois, les abréactions peuvent être impressionnantes. Comme pour d'autres manifestations émotionnelles, il sera important que le thérapeute puisse offrir un accompagnement soutenant et calme, permettant ainsi à la personne d'évacuer les traces mnésiques et l'émotion, tout en restant dans sa fenêtre de tolérance.

A la fin d'un canal associatif, deux éléments neutres ou positifs, qui ne changent plus, amènent le thérapeute à retourner vers la cible, c'est à dire à reposer la question de départ. D'autres éléments associatifs émergent alors, et le travail de retraitement continue. La personne chemine ainsi jusqu'à la fin du retraitement de cette période, pour aboutir à une sensation du corps calme et présent et à une représentation largement partagée. Pour la période fœtale, il s'agit pour la plupart de l'image d'un fœtus comme on peut la voir dans des documentaires. L'impression qui accompagne cette image est que ce fœtus va bien, qu'il mène sa vie de fœtus tranquillement, sans plus d'autres associations.

La continuité du travail se focalisera sur la période néonatale, en demandant à la personne de penser à soi-même, « en tant que nourrisson ». Le retraitement continue selon le même cheminement que pour la phase fœtale. Il arrive souvent, que les associations et les ressentis de cette période soient plus forts, sans que cela ne gêne le

---

<sup>2</sup> Pour la période de 0 à 3 ans, nous utilisons le prénom usuel de la personne. Pour Sylvie la consigne aura été : « veuillez penser à vous en tant que petite Sylvie, de 0 à 3 ans » ...



cheminement. La fin de cette phase néonatale est caractérisée par des sensations du corps calme et une représentation partagée, le plus souvent en termes d'un nourrisson calme, endormi ou éveillé.

La période entre zéro et trois ans mène à des représentations plus spécifiques de la personne. Dans la majorité des cas, elle se voit en tant qu'enfant de cette époque, jouant calmement, avec la sensation d'un corps calme et présent.

Les stimulations bilatérales, utilisées dans le travail sur les phases fœtale et néo-natale, se font par des tapotements. Si des personnes n'aiment pas être touchées au niveau des genoux, le thérapeute pourra faire des tapotements doux sur les mains, posées sur un support. Tous les ajustements du thérapeute afin d'augmenter le confort physiologique de la personne, renforcera la relation de soutien et ainsi la fenêtre de tolérance.

A la fin d'une séance, nous demandons aux personnes de confiner le matériel restant, pas encore retraité, dans un contenant, installé préalablement pendant la phase de stabilisation. Nous terminons par un exercice d'apaisement et un débriefing comme il se fait classiquement en EMDR.

Le temps du retraitement des empreintes précoces prend en moyenne entre trois et quinze séances. Il n'est pas possible d'en prédire le nombre a priori. Cela dépendra du nombre d'empreintes travaillées et de la longueur des canaux associatifs. Il est possible que le retraitement des empreintes précoces prenne plus de temps, notamment lorsqu'émergent des fonctionnements dissociatifs. Dans un dispositif de thérapie intensive ce temps est généralement raccourci.

#### Extraits d'une séance de retraitement pendant la phase fœtale : Marie-Odile

L'exemple de Marie-Odile permet d'illustrer un déroulement typique de retraitement pendant la phase fœtale. Très souvent, ce processus n'est pas tant explicite.

Marie-Odile, une professionnelle en santé mentale, était venue consulter avec les symptômes de troubles de l'estime de Soi, un sentiment d'usurpation de vivre, de n'exister qu'en tant que professionnelle, d'utiliser des stratégies coûteuses pour faire face, qui l'ont épuisée.

Cette retranscription est le fruit du travail à sa seizième séance. Il y a déjà eu quatre séances de retraitement des empreintes précoces, de la 9<sup>ème</sup> à la 13<sup>ème</sup> séance. La 14<sup>ème</sup> séance a été consacrée à une appréhension de parler en public, devenue invalidante à ce moment-là. A la fin de cette séance, cette appréhension est devenue gérable. Pendant la 15<sup>ème</sup> séance, nous avons été amenées à travailler sur un sentiment de tristesse envahissant, lié à l'approche d'une période familiale de « nid vide ». A la 16<sup>ème</sup> séance le retraitement sur les empreintes précoces reprend. Nous en sommes à la phase fœtale :

Thérapeute : Quand vous pensez à vous, en tant que fœtus, porté par votre maman, dans son ventre, pendant la grossesse, qu'est-ce qui vous vient maintenant ?

Marie-Odile : (montre sa gorge) j'ai la gorge serrée

Thérapeute : Concentrez-vous sur la gorge. Est-ce que je peux toucher vos genoux ?  
(MO acquiesce)  
(le thérapeute fait des SBA<sup>3</sup>)

Marie-Odile : Une hypersalivation. Ça me fait penser à ma sœur handicapée, qui salivait beaucoup

---

<sup>3</sup> SBA : stimulations bilatérales alternées du corps, un procédé communément utilisé en EMDR.

Chaptire publié dans R., Coutanceau, J., Smith & S., Lemitre. *Trauma et Résilience. Victimes et Auteurs*. Ed Dunod, Paris.

Thérapeute : Et votre gorge ?

Marie-Odile : Il y a encore un peu

Thérapeute : Continuez avec ça (fait des SBA), prenez une respiration. Que remarquez-vous maintenant ?

Marie-Odile : Des sensations d'appui sur ma tête et les épaules, des restes dans la gorge, je salive

Thérapeute : Est-ce qu'il y a des images ou des pensées qui vont avec cela ?

Marie-Odile : Je pense à mon père, ce qu'il a vécu, je sens toujours ma bouche, et des manchettes sur les avant-bras, ils sont douloureux.

Thérapeute : Continuez avec ça (fait des SBA), prenez une respiration. Que remarquez-vous maintenant ?

Marie-Odile : Toujours les avant bras douloureux, et j'ai une peur qui arrive ici (montre le plexus)

Thérapeute : Continuez avec ça (fait des SBA),

Marie-Odile : Des douleurs de migraine, sur le crâne à gauche (touche partie avant gauche de la tête), j'ai de la nausée, toujours les douleurs aux avant-bras, plus forts à gauche qu'à droite, des vertiges.

Thérapeute : Continuez avec ça. (fait des SBA) Prenez une respiration. Que remarquez-vous ?

Marie-Odile : J'ai l'impression d'être dedans. J'ai des douleurs sur tout le côté gauche, et dans le bas du dos.

Thérapeute : Continuez avec ça. (fait des SBA) Prenez une respiration.

Marie-Odile : Ça s'apaise. Il y a des restes dans les mains, les poignets, une pression lumineuse sur le visage, à gauche, et les épaules pesantes.

Thérapeute : Continuez avec ça (fait des SBA). Et maintenant

Marie-Odile : (fait une abréaction) J'ai l'impression de manquer d'air .

Thérapeute : Laissez-vous sentir cela, je vous accompagne. (fait des SBA) Prenez une grande respiration (thérapeute respire avec Marie Odile) Qu'est-ce qui vous vient ?

Marie-Odile : De l'apaisement. Une petite barre dans le ventre, les douleurs toujours plus importantes à gauche qu'à droite.

Thérapeute : Continuez avec ça. (fait des SBA) Prenez une respiration.

Marie-Odile : C'est pareil dans les avant-bras. La peur a diminué, je respire mieux, je suis comme en attente.

Thérapeute : Très bien, continuez avec ça. (fait des SBA)

Marie-Odile : Je ne suis pas confortable, ça m'appuie derrière la tête et ça me fait pencher, j'ai des vertiges, de la nausée.

Thérapeute : Continuez avec ça, je vous accompagne. (fait des SBA) Prenez une respiration.

Marie-Odile : Il y a toujours des restes de la douleur à gauche, j'ai l'image d'un crâne qui s'ouvre comme une noix, une coquille vide.

Thérapeute : Et les douleurs dans le corps ?

Marie-Odile : C'est un petit peu mieux, je n'ai plus de douleurs, il reste une pression sur les épaules et la partie gauche du crâne.

Chaptire publié dans R., Coutanceau, J., Smith & S., Lemitre. *Trauma et Résilience. Victimes et Auteurs*. Ed Dunod, Paris.

Thérapeute : Continuez avec ça. (fait des SBA) Respirez.

Marie-Odile : (sursaute) J'ai senti toute mon enveloppe corporelle, un frisson, ma peau est une sorte de gangue un peu épaisse.

Thérapeute : Comme si vous étiez à l'étroit ?

Marie-Odile : Oui, il y a peu d'espace à l'intérieur. Cette peau est épaisse, elle me gêne.

Thérapeute : Continuez avec ça, laissez-vous simplement sentir cela. (fait des SBA), Prenez une respiration.

Marie-Odile : J'ai l'impression d'avoir de grosses bottes lourdes, qui pèsent une tonne. J'ai de grosses manchettes lourdes et une pression sur la nuque.

Thérapeute : Continuez avec ça. (fait des SBA) Respirez.

Marie-Odile : (se redresse) Je sens un redressement, une légèreté sur mon visage et sur le dos de mes mains, le bas est toujours lourd.

Thérapeute : Très bien, continuez avec ça. (fait des SBA)

Marie-Odile : L'allègement continue, mon pied droit est douloureux.

Thérapeute : Y a-t-il des images ou des pensées qui vont avec ça ?

Marie-Odile : Je pense à mon père.

Thérapeute : Continuez avec ça (fait des SBA) Et maintenant ?

Marie-Odile : Les mêmes sensations, le lourd, le léger. J'ai une pensée : Je peux tenir debout. Pas d'images.

Thérapeute : Continuez avec ça. (fait des SBA) Prenez une respiration.

Marie-Odile : Ma mère ne m'a pas eu trois semaines après la naissance, mais ce n'est pas la réalité.

Thérapeute : Continuez avec ça. (fait des SBA). Et maintenant, qu'est-ce qui vous vient ?

Marie-Odile : Je sens une oppression (montre le haut du sternum). Je suis nue contre elle, contre son sein, mais elle n'est pas contente, comme si je dérangeais.

Thérapeute : Là on repart sur autre chose. Est-ce que je peux vous demander de mettre cela, et tout ce qui n'est pas encore fini de retraiter, dans votre contenant ?

Marie-Odile : (acquiesce, s'exécute, puis respire).

Thérapeute : Comme nous arrivons en fin de séance, je vous propose que nous reprenions cela la prochaine fois. (MO acquiesce) Avez-vous réussi à tout mettre dans le contenant ?

Marie-Odile : (se concentre à nouveau, sourit) Ça va pas mal.

Thérapeute : Maintenant je vous propose de retourner faire un tour dans votre lieu sûr.

Marie-Odile : (ferme les yeux, prend une grande respiration, sourit), OK.

Thérapeute : Très bien. Comme d'habitude, il peut y avoir des choses qui vous viennent, des rêves. Je vous propose, que s'il y a des choses qui émergent, de les mettre dans le contenant, et nous en reparlerons la prochaine fois. Est-ce que ça va si nous terminons la séance maintenant ?

Marie-Odile : Très bien.

### Particularités à prendre en compte pendant le retraitement des empreintes précoces

Le travail sur les empreintes précoces est un travail qui se fait par thèmes. Ainsi, le travail sur la phase fœtale amène souvent des thèmes autour de la notion d'existence-

même, quel que soit le contenu mis en lien par rapport à cela. Il n'est pas rare de voir ensuite des associations dont le contenu concerne différents moments de la vie. Cela peut aller jusqu'à la vie quotidienne. Leur point commun est qu'elles sont organisées autour de cette thématique.

Outre les événements qui ont pu être identifiés et parlés, se traitent en général pendant la période néo-natale des thèmes autour de l'attachement, et de la place reçue dans la famille, tandis que pendant la phase de zéro à trois ans émergent des thèmes liés à la capacité de prendre sa place activement. Il ne s'agit là que d'indications générales, observées dans la pratique clinique.

Parfois au cours du travail concernant la période fœtale émergent des contenus transgénérationnels, qui peuvent entraîner des abréactions importantes. Ainsi, Chantal était venue en thérapie pour travailler ses empreintes précoces, en suivant une intuition qu'elle devait avoir perdu un jumeau pendant la phase fœtale, ce qu'elle ressentait à l'origine de son malaise. Lorsque nous commençons la phase fœtale, Chantal est prise par une peine et une détresse importantes, en évoquant qu'elle voit de longues files de gens marchant sur des chemins. A priori nous pouvons penser qu'il ne s'agit pas là d'une trace préverbale. C'est la personne qui trouve du sens par rapport à ses contenus. A ce moment, Chantal indique que sa famille est d'origine arménienne, et qu'elle ressent la peine provenant de l'exode de ses aînés au moment du génocide et du peuple entier auquel elle se sent appartenir. Nous avons retraité ces éléments, comme n'importe quel autre contenu. Par la suite, les manifestations de Chantal ont rapidement évolué vers des contenus cohérents avec des empreintes fœtales, et le retraitement a continué. Il n'a jamais plus été question d'exode, ni de génocide arménien par la suite.

En tant que thérapeute nous nous intéressons moins au contenu qu'au processus, que nous tentons de maintenir actif et continu. Quel que soit le contenu, nous choisissons de le traiter « comme n'importe quelle autre information » et nous continuons les stimulations bilatérales. Il est important voire crucial de ne pas oublier l'attention portée au corps. Nous invitons le thérapeute à résister à toute possible fascination concernant le contenu, car à notre sens, cela ne ferait qu'entraver le processus de retraitement.

Rappelons finalement que la capacité du thérapeute à rester calme et à avoir confiance en ce qu'il fait est très importante, car c'est ce qu'il va transmettre à la personne. Sur le plan de l'apaisement physiologique, l'outil de la cohérence cardiaque peut être ici d'une aide précieuse, non seulement pour la personne, mais aussi pour le thérapeute.

Une autre particularité sur laquelle nous attirons l'attention, sont des images faites de noir ou de blanc, d'immobilité, des sensations de lassitude, d'engourdissement ou simplement une évocation de « rien ». Ces éléments n'indiquent pas une fin de canal associatif, mais constituent des éléments de sous-activation. Lorsqu'une personne passe en mode de sous-activation, elle se distancie de son ressenti tant perceptif que corporel. Cela signifie que ces personnes peuvent avoir une diminution de leurs perceptions auditives et visuelles, ne plus entendre le bruit autour d'elles, ou bien l'entendre de manière sourde, comme s'ils écoutaient à travers du coton, voir comme à travers un brouillard. Elles peuvent devenir insensibles à la douleur, ne plus ressentir ce qui se passe dans leur corps. Ces empreintes sont également encodées et peuvent dès lors émerger lors du retraitement. Par conséquent, lorsqu'elles apparaissent au cours du retraitement, ne ressentir « rien », c'est déjà ressentir plein de choses. Nous vérifions le contact relationnel avec la personne et nous lui demandons de se laisser ressentir cela « comme n'importe quelle autre émotion ». Cette normalisation a pour but de démystifier les sensations ressenties comme bizarres, et leur redonne un statut de pur

ressenti, désensibilisable, tant que la personne reste dans sa fenêtre de tolérance. Nous invitons le thérapeute à suivre très phénoménologiquement ce qui émerge, sans aucune interprétation, ni intervention autre qu'un soutien habituel en EMDR.

Si la personne continue d'indiquer qu'elle ne voit ni ne ressent rien, il est intéressant de rechercher quel mouvement ce « rien » incite dans le corps ? En général, la réponse est : aucun mouvement. Alors le thérapeute peut reprendre la désensibilisation en demandant à la personne de se laisser sentir cette « sensation d'immobilité ».

Lors du retraitement des empreintes précoces, les traces mnésiques de sous-activation sont fréquentes. Nous conseillons au thérapeute de les traiter comme des symptômes dissociatifs, tout en vérifiant qu'il garde bien le contact avec la personne. S'il y a un risque de perdre le contact, ne serait-ce qu'un petit peu, nous conseillons d'ajouter des tissages sous la forme d'exercices d'ancrage. Chez des personnes où un « style de sous-activation » est perceptible a priori, chez ceux qui se comportent de manière complètement effacée, il est important d'installer d'abord un ancrage positif sécurisé dans l'ici et maintenant, permettant un contraste avec le moment où les sous-activations apparaîtront.

Parfois, les personnes vont avoir des mouvements du corps inattendus, ou avoir envie de pousser des cris. Nous avons remarqué qu'il est alors important de leur demander de se laisser sentir l'impulsion du mouvement ou du cri. C'est l'impulsion du mouvement qui va donner l'amorce du réseau neuronal, et ce que nous souhaitons est que les personnes retraitent leurs réseaux neuronaux, sans avoir besoin d'effectuer des passages à l'acte pour cela, aussi minimes soient-ils.

Une autre particularité que nous aimerions souligner est le fait que les empreintes précoces, contrairement à d'autres souvenirs traités en EMDR, ne donnent pas lieu à une continuité de retraitement entre les séances. C'est comme si la capacité naturelle du cerveau à métaboliser l'information ne pouvait accéder à ce matériel. Ceci est une constatation empirique partagée (O'Shea, 2010). Les personnes reviennent aux séances ultérieures en continuant exactement au même point, où le travail s'est arrêté précédemment. Même si le temps entre deux séances est long, cela ne change pas.

Katie O'Shea (2009) évoque l'importance de tissages imaginatifs orientés vers les besoins du tout petit. Elle propose régulièrement aux personnes d'effectuer des actions mentales allant dans le sens de faire de manière imaginaire ce dont le bébé aurait pu avoir besoin, si tout s'était passé normalement. Nous n'avons pas cette habitude, étant donné notre centration prononcée sur le corps et les traces mnésiques. Cependant, en cas de blocage, nous pensons que ce type de tissages peut s'avérer intéressant.

### **Changements observés, résilience modifiée après consolidation des empreintes précoces**

C'est notre tâche de thérapeutes, d'être attentifs aux changements qui peuvent se produire à la suite du travail effectué, de même qu'aux ressources et aux compétences mises en œuvre par la personne entre les séances, ainsi qu'à leurs effets. Comme ces empreintes sont familières pour la personne, les changements peuvent être très discrets quoique fondamentaux. La personne peut mettre en place des modifications de comportements, de réactions, de schémas tout entiers, sans se rendre compte qu'il y a eu changement. Ainsi une phobie peut disparaître en même temps que le souvenir qu'il y ait eu, un jour, cette phobie. Il est même possible que la personne mette en place de nouveaux modes de fonctionnement, des ressources, tout en se disant aussi dysfonctionnelle qu'avant. En accompagnant ces modifications, l'aide du thérapeute consiste à les rendre conscients et explicites.

Les principaux changements après le travail sur les empreintes précoces se laissent regrouper dans trois grandes catégories :

- \* Une sécurisation des attachements intimes : Les personnes sécurisent leurs attachements, ils deviennent capables de gérer les conflits sans avoir peur que la relation ne se casse. Elles peuvent s'affirmer, trouver leur place dans la relation, tout en gardant la confiance que le lien va perdurer. Les séparations momentanées se gèrent mieux, les personnes semblent moins dépendantes, et montrent une capacité à être seules, ce qu'elles n'avaient pas auparavant.
- \* Une augmentation de l'assertivité : Les personnes deviennent capables de mettre des limites avec un aplomb et un naturel qui peut même surprendre le thérapeute. C'est ainsi que Julie, affirme avoir dit à son supérieur « qu'elle ne pouvait pas assumer la charge de travail en plus qu'il lui demandait, car elle était déjà surchargée, et que lui en demander plus n'allait pas améliorer la qualité de son travail. Et que de toute façon, si ça allait continuer, elle était prête à se mettre en recherche d'un autre travail. » Prête à passer à autre chose, Julie ne s'était manifestement pas rendue compte de la portée de ce qu'elle avait dit. Venue en thérapie pour des souffrances liées à une énième séparation douloureuse, se plaignant de harcèlement de la part de son supérieur, ce changement était tel, que Julie semblait avoir oublié sa demande première. Elle s'exprimait, comme si ce qu'elle disait allait de soi et que ça avait toujours été ainsi. Ce n'est qu'au moment où le thérapeute lui demande si elle se rend compte du changement depuis ces trois mois, si elle se rappelle de ses propos du début, que Julie, après un moment de silence, sourit et ajoute : « c'est vrai, ce n'est plus pareil ». Les personnes semblent avoir davantage conscience de leurs besoins, et les font valoir. Les mises en danger s'arrêtent, les auto-mutilations deviennent plus rares, voire occasionnelles. Dire « non » devient possible, et entamer des négociations pour tenir compte de leurs limites plus probable.
- \* Une amélioration de l'estime de Soi : Les personnes modifient l'image qu'elles ont d'elles-mêmes, peuvent accepter de ne pas être parfaites tout en étant capables de se dire qu'elles sont bien comme elles sont. Elles arrêtent de se cacher, peuvent intervenir en groupe. Tout cela comme si cela n'avait jamais été un problème.

Au delà du retraitement, la tâche du thérapeute va donc consister à mettre en lumière ces comportements nouveaux, les effets de ceux-ci sur ce que la personne peut être en mesure de faire par la suite, ainsi que les réactions de l'entourage. Parfois, après les empreintes précoces, des relations de couple et de famille peuvent passer par un moment de crise, du au fait que la personne commence à s'affirmer, à sortir d'une torpeur de sous-activation, à s'affranchir d'une étiquette de porteur-se de symptômes. Cela peut être inconfortable pour un entourage s'étant habitué à quelqu'un d'effacé, cachant ses besoins et ses aspirations. Il n'est pas rare alors que nous invitons les conjoints, plus rarement la famille, en entretien, pour faire le point ensemble. En général, s'il existe des liens d'amour constructifs, de nouveaux repères seront rapidement trouvés et le système se stabilisera. Mais il n'est pas rare que cette crise du changement entraîne d'autres.

Parmi d'autres modifications, nous notons que les processus dissociatifs deviennent bien plus souples, et la suite des souvenirs traumatiques se traite comme dans le cas des personnes souffrant de traumatismes multiples, c'est à dire l'un après l'autre, simplement, sans heurts ni déstabilisation.

Chaptire publié dans R., Coutanceau, J., Smith & S., Lemitre. *Trauma et Résilience. Victimes et Auteurs*. Ed Dunod, Paris.

Comme en EMDR classique, une fois que les blocages sont levés, il peut y avoir une dimension d'apprentissage nécessaire. Cela concerne par exemple l'apprentissage de s'occuper de tout petits, surtout si la personne n'est pas parent. Notre pensée va aussi vers ces personnes, qui après des années de relations intimes abusives et empreintes de violences, ont du faire l'apprentissage d'être dans une relation de couple sans emprise, une relation où les interactions bienveillantes prévalent. Cet apprentissage peut en lui-même être déstabilisant parce que non familier.

Katie O'Shea écrit (2006) que ce protocole EMDR s'adressant aux empreintes précoces sert à reconstruire et à consolider les fondations du Moi. Selon elle, les personnes, à la suite de cette consolidation, développent une force du Moi plus importante.

L'auteur du protocole précoce travaille aussi dans le domaine de la prévention des empreintes traumatiques précoces, notamment avec des parents de très jeunes enfants. Par le biais de l'accompagnement parental et beaucoup de psychopédagogie, elle tente d'aider ces parents à s'apaiser efficacement, de façon à maintenir leur enfant dans la fenêtre de tolérance, et qu'ainsi les empreintes traumatiques précoces soient diminuées à la génération suivante.

## Conclusion

Pour conclure, nous aimerions souligner à quel point la considération et le traitement des empreintes précoces peut être une démarche puissante, au service de changements fondamentaux chez la personne. Le travail avec plusieurs milliers de patients traités ainsi, nous amène à pousser tout psychotraumatologue à considérer et à aborder cette période cruciale du début de la vie. Les patients qui s'engagent dans un tel travail, montrent des changements fondamentaux de l'ordre d'une sécurisation de leurs attachements, une plus grande prise en compte de leurs besoins, une meilleure capacité à négocier leurs limites et une estime de Soi améliorée et ce de manière totalement intégrée entre le pensée, le ressenti et l'action comportementale.

Il y a près de trente ans, les traumatismes psychiques étaient parmi les tableaux cliniques les plus difficiles à traiter. Aujourd'hui, grâce à des thérapies qui ont fait leurs preuves, tout ce qui est traumatique devient guérissable, même si le nombre et la précocité des expériences adverses nécessitent d'être prudent et prennent du temps. L'avènement de l'EMDR, entre autres, donne aux thérapeutes une puissance de traitement sans pareil et aux personnes touchées par des blessures émotionnelles encore actives, la possibilité d'espérer en sortir. Classiquement en EMDR, il fallait connaître le souvenir, pour pouvoir le traiter. Aujourd'hui nous savons que ce n'est plus nécessaire. Des protocoles nouveaux permettent aux thérapeutes bien formés d'accéder et d'aider les personnes à s'affranchir de blessures provenant d'une période où il n'y avait pas de mots pour les nommer.

Cependant, même si les observations cliniques sont encourageantes, il serait utile et nécessaire de les valider par une démarche de recherche rigoureuse, qu'il s'agisse de recherches fondamentales en physiologie et en neurosciences, ou bien des études cliniques contrôlées.

## Bibliographie

Dellucci, H. (2009). Les neurones miroirs : une nouvelle clé pour comprendre des traumatismes transmis ? *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 43 (2), 197-216.

Chaptire publié dans R., Coutanceau, J., Smith & S., Lemitre. *Trauma et Résilience. Victimes et Auteurs*. Ed Dunod, Paris.

Dellucci, H. (2010). No matter how slow you go, as long as you don't stop : A six gear mechanics for a safe therapy journey through complex trauma. Poster présenté au Congrès EMDR Europe à Hambourg, Allemagne et EMDR Asie à Bali, Indonésie.

Dellucci, H. & Wolf, F. (2011). Choisir ses représentations dans la relation d'aide au service de plus de confort et d'efficacité. *Thérapie Familiale*, 32 :2, 275-291.

Fine, C. G., & Berkowitz, A. S. (2001). The wreathing protocol: the imbrication of hypnosis and EMDR in the treatment of dissociative identity disorder and other dissociative responses. Eye Movement Desensitization Reprocessing. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 43(3-4), 275-290.

Francis, D., Diorio, J., Liu, D. & Meaney, M.J. (1999). Nongenomic transmission across generations of maternal behavior and stress responses in the rat. *Science* 286 : 1155-1158.

Lanius, R.A., Hopper, J.W. & Menon, R.S. (2003). Individual Differences in a Husband and Wife who developed PTSD after a Motor Vehicle Accident : a Functional MRI Case Study. *American Journal of Psychiatry*, 160 :4, 667-669.

Lanius, R.A., Bluhm, R. & Lanius, U. (2007). Posttraumatic Stress Disorder Symptom Provocation and Neuroimaging : Heterogeneity of Response. In E. Vermetten, M.J. Dorahy & D. Spiegel (Eds). *Traumatic Dissociation. Neurobiology and Treatment*. American Psychiatric Publishing Inc. London.

Levine, P. (1997). *Waking the tiger. Healing Trauma*. North Atlantic Books, Ca. Pour la traduction française : (2008) *Réveiller le tigre. Guérir le traumatisme*. Editions Socrate.

Liu, D. D. J., Tannenbaum, B., Caldji, C., Francis, D., Freedman, A., Sharma, S., Pearson, D., Plotsky, P.M. & Meaney, M.J. (1997). Maternal care, hippocampal glucocorticoid receptors, and hypothalamic-pituitary-adrenal responses to stress. *Science* 277 : 1659-1662.

Lyons-Ruth, K., Yellin, C., Melnick, S., & Atwood, G. (2005). Expanding the concept of unresolved mental states : Hostile/Helpless states of mind on the Adult Attachment Interview are associated with disrupted mother-infant communication and infant disorganization. *Development and Psychopathology*, 17(1), 1-23.

Knipe, J.(2009) The Method in Constant Installation of Present Orientation and Safety, in: Luber, M. (2009). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Scripted Protocols - Special Populations*. New York: Springer Publishing Company, Incorporated.

McGowan, P.O., Sasaki, A., Huang, T.C., Unterberger, A., Suderman, M., Ernst, C., Meaney, M.J. Turecki, G. & Szyf, M. (2008). Promoter-wide hypermethylation of the ribosomal RNA gene promoter in the suicide brain. *PLoS ONE* 3 : e2085

McGowan, P.O., Sasaki, A., D'Alessio, A.C., Dymov, S., Labonte, B., Szyf, M., Turecki, G. & Meaney, M.J. (2009). Epigenetic regulation of the glucocorticoid receptor in human brain associates with childhood abuse. *Nature Neuroscience* 12 : 342-348.

Ogden, P. & Minton, K. (2000). Sensorimotor psychotherapy: One method for processing traumatic memory. *Traumatology*, 6(3), 149-173.

Ogden, P., Minton, K. & Pain, C. (2006). *Trauma and the Body : a Sensorimotor Approach to Psychotherapy*. W. W. Norton & Company, New York.



- Chaptire publié dans R., Coutanceau, J., Smith & S., Lemitre. *Trauma et Résilience. Victimes et Auteurs*. Ed Dunod, Paris.
- O'Shea, M. K. (2001) Accessing and repairing preverbal trauma and neglect. Papier présenté au Congrès EMDR Canada, Vancouver, Colombie Britannique, Canada.
- O'Shea, M.K. (2006). Rebuilding the Foundation. Reconnecting the Self. Atelier présenté au Congrès EMDR Europe à Istanbul, Turquie.
- O'Shea, M. K. (2009). The EMDR early trauma protocol. In R. Shapiro (Ed.) *EMDR Solutions II: for Depression, Eating Disorders, Performance and More*. W. W. Norton & Company, New York.
- O'Shea, M. K. (2009). EMDR friendly preparation methods. In R. Shapiro (Ed.) *EMDR Solutions II: for Depression, Eating Disorders, Performance and More*. W.W. Norton & Company, New York.
- O'Shea, M.K. (2010). Formation EMDR sur les empreintes précoces à Lyon, France.
- Porges, S.W. (2001). The Polyvagal Theory : Phylogenetic substrates of a social nervous system. *International Journal of Psychophysiology*, 42, 123-146.
- Porges, S.W. (2011). *The Polyvagal Theory : Neurophysiological Foundations of Emotions, Attachment, Communication and Self-Regulation*. W.W. Norton & Company, New York.
- Servan Schreiber, D. (2003). *Guérir du Stress, de l'Anxiété et de la Dépression, sans Médicaments ni Psychanalyse*. Robert Laffont, Paris.
- Shapiro, F. (2001). *Eye movement desensitization and reprocessing : Basic principles, protocols, and procedures*. Pour la traduction française : Manuel d'EMDR : Principes, Protocoles, Procédures. Inter Editions.
- Szyf, M., Weaver, I.C., Champagne, F.A., Diorio, J. & Meaney, M.J. (2005). Maternal programming of steroid receptor expression and phenotype through DNA methylation in the rat. *Front Neuroendocrinol* 26 : 139-162.
- Twombly, J. H. (2000). Incorporating EMDR and EMDR Adaptations into the treatment of clients with dissociative identity disorder. *Journal of Trauma and Dissociation*, 1, 61-81.
- Van der Hart, O., Nijenuis, E.R.S. & Steele, K. (2006). *The haunted Self: structural dissociation and the treatment of chronic traumatization*. Norton, New York. Pour la traduction française (2010) : *Le Soi Hanté : Dissociation Structurelle et Traitement de la Traumatisation Chronique*. Ed. De Boeck, Bruxelles.
- Van der Kolk, B. A. (2005). Developmental Trauma Disorder: Toward a rational diagnosis for children with complex trauma histories. *Psychiatric Annals*, 35(5), 401-408.
- Van der Kolk, B.A. (2007). The Developmental Impact of Childhood Trauma. In J.L. Kirmayer, R.Lemelson & M.Barad (Eds). *Understanding Trauma: Integrating biological, clinical and cultural perspectives*. Cambridge University Press, New York.
- Van der Kolk, B.A., Pynoos, R.S., Cicchetti, D., Cloître, M., D'Andrea, W., Ford, J.D., Lieberman, A.F., Putnam, F.W., Stolbach, C. & Teicher, M. (2009). Proposal to include a Developmental Trauma Disorder Diagnosis for children and adolescents in DSM-V.
- Vermetten, E., Dorahy, M.J. & Spiegel, D. (2007). *Traumatic Dissociation. Neurobiology and Treatment*. American Psychiatric Publishing Inc. London.

Chaptire publié dans R., Coutanceau, J., Smith & S., Lemitre. *Trauma et Résilience. Victimes et Auteurs*. Ed Dunod, Paris.

Weaver, I.C., Cervoni, N., Champagne, F.A., D'Alessio, A.C., Sharma, S., Seckl, J.R., Dymov, S., Szyf, M. & Meaney, M.J. (2004). Epigenetic programming by maternal behavior. *Nature Neuroscience* 7 : 847-854.