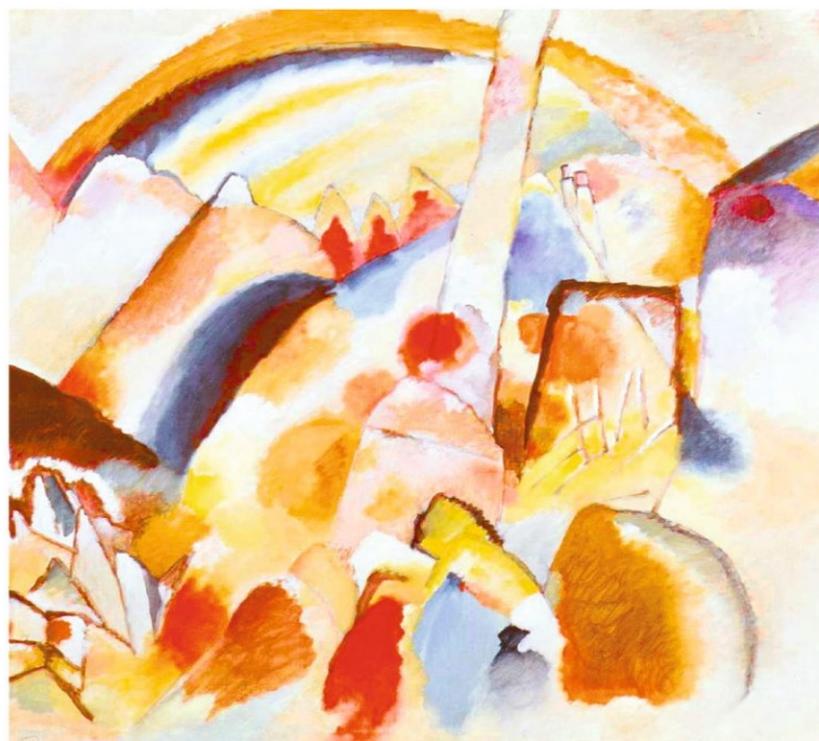


Stéphanie Hahusseau

Laisser vivre ses émotions

Sans culpabilité ni anxiété

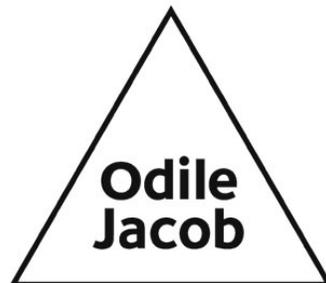


**Odile
Jacob**

Stéphanie Hahusseau

Laisser vivre ses émotions

Sans culpabilité ni anxiété



© ODILE JACOB, MAI 2022
15, RUE SOUFFLOT, 75005 PARIS

www.odilejacob.fr

ISBN : 978-2-4150-0206-0

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

Ce document numérique a été réalisé par Nord Compo.

INTRODUCTION

« Les esprits s'échauffent, les gens se tapent dessus, les jeunes détestent les vieux et inversement. Personne n'est bien. Les femmes pensent que c'est à cause des hommes, les hommes pensent que c'est à cause de la société, de la politique, de l'économie, les jeunes se voient sans avenir, sont démotivés, la terre va mal. Ça m'accable, je me sens impuissante, j'ai l'impression de ne pas avoir ma place. Je ne crois plus à rien. Je me suis résignée, je n'ai plus envie de rien faire, même mon apparence, je m'en moque, de toute façon, à mon âge, dans une société du jeunisme, plus personne ne me regarde », raconte Véronique envahie par une lassitude existentielle empreinte de *ressentiment*.

« Je suis victime d'un harceleur au travail, c'est inadmissible, j'ai porté plainte et je suis allée aux prud'hommes. C'est la troisième fois que je tombe sur un patron pervers narcissique. J'ai peur que ça recommence même si je change de travail. Est-ce qu'il n'y a plus que ça aujourd'hui ou est-ce que j'attire les ennuis ? », se demande Diane qui se sent *victime* des événements et coincée dans l'impuissance.

« Je tiens avec de la cocaïne. J'ai fini à l'hosto avec des points de suture. Ce week-end, j'étais en garde à vue parce que j'ai tout cassé. Chaque fois, après, je me sens très coupable. Je réessaie de fonctionner normalement et de donner le change au travail. Je multiplie les projets, les relations avec des femmes mais, avec elles, soit je suis indifférent, soit je suis très jaloux, dans tous les cas, ça se

finit toujours mal », constate Marc qui refuse de se plaindre et lutte contre l'*attachement* et les addictions.

« On m'a dit que j'étais *bipolaire*. Je prends des régulateurs d'humeur, des antidépresseurs, des anxiolytiques depuis des années. Ça ne change pas grand-chose. Je passe mon temps sur les applis gays, à chercher des relations sexuelles, cela m'obsède. Je n'ai pas trop la tête à mon travail. Avec nos enfants et Matéo, je suis là sans être là. Il faut dire que Matéo est tout le temps sur eux et j'en ai honte mais, quand il me parle d'eux, ça ne m'intéresse pas. Il n'arrête pas de me dire que je ne suis pas assez *bienveillant*, que je suis trop soupe au lait ou carrément insensible. J'ai peur que ça s'arrête entre nous, je tiens à lui, je ne m'en remettrais pas, me dit Fabien en quête de *diagnostic*.

« Je me réveille la nuit, suis fatiguée le matin, je n'arrête pas de prendre des *kilos* depuis que je suis ado. J'ai fait toutes sortes de régimes, mais ça a été de pire en pire. Avec mon mari, je m'arrange pour éviter les rapports sexuels, mais je me demande s'il ne va pas voir ailleurs. En ce moment, on parle beaucoup de l'inceste et je me dis que je n'ai aucune raison de me plaindre. Moi, ce que j'ai vécu dans l'enfance, ça n'était rien, un oncle m'a juste touchée. Je ne comprends pas pourquoi je suis si mal », me révèle Sonia en pleurant inconsciente des conséquences de son *passé* sur sa physiologie.

« J'ai mal au dos, mais ça n'a rien à voir. Ma femme fait des crises, elle m'inonde de reproches, je ne la supporte plus mais, comme cet appartement appartient à ma famille, je ne peux pas la mettre dehors. Et puis il y a les enfants. J'ai une maîtresse depuis quelque temps, mais elle aussi commence à me faire des reproches. Moi, ce que je veux, c'est du calme. Je n'ai pas de problèmes "psys", je suis là parce qu'elle m'a obligé », assène Paul, *alexithymique* et en panne pour s'affirmer.

C'est la première fois que je vois Véronique, Diane, Marc, Fabien, Sonia et Paul. Tous ont en commun le sentiment de subir leur existence, d'être

impuissants à sortir du marasme dans lequel ils se trouvent. Ils ont peu de repères sur le fonctionnement des émotions. À leur insu, ils sont victimes d'idées reçues, de raccourcis ou de méconnaissances qui traînent sur le sujet « psy ». Ce maelström pâteux fait perdre du temps de vie, crée de la souffrance chez soi et chez les proches, retarde les prises en charge et ajoute souvent du mal au mal. Ainsi, Marc, très marqué par des séquelles du passé, au travers de ses crises de violence, d'une consommation de cocaïne et de femmes, cherche à s'apaiser. Dans sa famille traumatisée par la guerre, son père n'a cessé de le négliger, de le frapper pour qu'il s'endurcisse. Ou il le renvoyait « dans les jupes de sa mère ». Sa mère était selon lui une « bonne personne », c'est-à-dire une femme soumise qui a eu tendance à le surprotéger, tout en refusant de quitter son mari, y compris après le départ des enfants. Elle a fait le choix de se sacrifier pour son mari et ses enfants et a été considérée comme une sainte. La sœur de Marc s'est suicidée. Quand il était enfant, Marc a subi des attouchements (les hommes sont aussi concernés par les abus sexuels¹) : « Rien de grave, me dit-il, et puis je n'étais plus vraiment un enfant, de toute façon on ne viole pas un homme, et puis c'était il y a longtemps. Ça ne sert à rien de s'appesantir sur le passé. Mon problème aujourd'hui, c'est pas ça, ce sont les femmes et les addictions. »

Quant à Véronique, depuis qu'elle est adulte, elle s'interdit de pleurer et surtout d'être en colère. Si elle laissait aller ses émotions, elle aurait peur de ne jamais en sortir et de s'engluer dans la dépression ou de faire du mal, me dit-elle. Comme Fabien, elle passe son temps à lutter contre ce qu'elle ressent. Sonia et Paul ont jusque-là *distingué* catégoriquement *santé physique et santé psychologique* ne faisant pas le lien entre ce qui affectait leur corps et ce qui avait perturbé leurs vies. Leurs maux sont allés de mal en pis.

Certains, comme Paul, ne se sentent pas concernés par « la psychologie », autrement dit, par les *émotions*. J'ai posé à Paul ces quelques questions :

1. Souffrez-vous régulièrement de maux physiques, maux d'estomac, maux de ventre, de tête, de tendinites à répétition, de problèmes de dos, de peau, de fatigue chronique, de problèmes de sommeil, d'une sexualité en berne, etc. ?
2. Avez-vous ces derniers temps des problèmes de mémoire, des difficultés à prendre des décisions, à prioriser ce que vous aviez à faire ?

3. Avez-vous des relations amicales ou amoureuses satisfaisantes, épanouissantes ? Ou, au contraire, avez-vous le sentiment d'être anormal, différent, d'avoir des difficultés à trouver votre place et à être reconnu pour ce que vous faites et ce que vous êtes ?
4. Avez-vous le sentiment que les choses vous échappent et que vous êtes impuissant à modifier le cours des événements ?
5. Avez-vous tendance à vous réfugier dans l'alcool, le travail, le sexe, la nourriture, la rêverie amoureuse, les drogues dures et douces, la culture, les vidéos ou les séries ?
6. Considérez-vous que vos émotions ou bien que celles des autres sont un problème ?

Paul a répondu à la plupart de ces questions. Paul est, comme nous, concerné par les émotions. Sauf qu'il ne sait pas reconnaître comme telles leurs manifestations. Il n'y a pas à lui jeter la pierre. Car dans le domaine « psy », on se trouve aujourd'hui écartelé entre deux tendances. Soit on subit un prêchi-prêcha plein de bonnes intentions mais nourri d'injonctions idéalistes et souvent verbeuses du type : « lâche prise », « sois positif », « médite », il faut être « bienveillant » et j'en passe, amenant à se sentir mauvais ou coupable de ne pas y parvenir. Soit, à l'autre extrême, on guerroie avec un entourage de personnes suffisantes, réduisant le champ des connaissances récentes en neurosciences à l'état de croyances auxquelles elles n'adhèrent pas, assenant que, « elles, la psychologie, elles n'en ont pas besoin ». Le résultat est à la hauteur de cette « schizophrénie » : la santé mentale de nos contemporains n'a jamais été aussi déplorable.

La pandémie n'a fait que révéler et accentuer les failles.

Beaucoup d'hostilité ou au contraire des croyances magiques tout aussi délétères subsistent encore au sujet de la psychologie ou de la psychiatrie. Des conceptions d'un autre temps circulent, qui sont cause de ravages en matière de santé pour soi ou pour ses proches. Des progrès et des découvertes extraordinaires ont été faits toutes ces dernières années. Si l'on veut sortir de la violence, de l'isolement et du désespoir dans lequel on nous fait plonger depuis quelque temps, il est temps de sortir de l'ignorance. De toute urgence, il faut

dénier le domaine de la psychologie, le faire sortir d'une certaine naïveté ou d'un positivisme, d'un angélisme, d'un obscurantisme à tous crins, dépoussiérer l'angle mort des connaissances médicales autour des émotions et surtout cesser impérativement de les séparer des autres champs de la santé. Il n'y a pas de corps sans émotions, il n'y a pas d'émotions sans corps et il n'y a pas de régulation des émotions, donc de santé, sans *intéroception*. Cette compétence peu connue désigne une capacité essentielle pour soi et sera détaillée dans cet ouvrage.

Des changements de paradigmes s'imposent en commençant par remettre en question les idées reçues, les contre-vérités, les raccourcis, les injonctions émotionnelles qui noyautent notre culture et nous empêchent d'aller bien. Ils sont la raison d'être de cet ouvrage.

Le choix d'une présentation en abécédaire permet d'aborder de grands thèmes transversaux visités dans plusieurs entrées. Cette organisation s'est imposée aussi car aujourd'hui on a moins le temps de lire. On est plus enclin à naviguer en fonction des préoccupations du moment. Dans certains items, il y a des suggestions de pratiques car, dans le domaine des émotions, rien ne remplace l'expérimentation par soi-même.

ACCEPTER D'ÊTRE JALOUX, ÉGOÏSTE, ENVIEUX, EN COLÈRE

Ni bon ni mauvais, bien au contraire

Tout être humain incapable de discerner en lui la haine, la jalousie, l'envie, le ressentiment, l'amertume, la colère, la peur et autres mauvaises émotions, est une personne dangereuse pour elle-même et pour les autres. Il suffit de lire quelques biographies de dictateurs ou même de personnalités érigées en modèle d'humanisme, porteurs d'idéaux grandioses pour eux-mêmes et l'humanité, pour s'apercevoir qu'un certain nombre d'entre eux cachaient (ou pas) des comportements violents, négligents sexuels, meurtriers, particulièrement dommageables. La plupart ont en commun l'aveuglement sur leur humanité. La plupart ont tué ou réprimé ces « mauvaises » émotions et, surtout, ont obligé les autres à faire de même. Or une « mauvaise » émotion comme une « bonne » se manifestent dans le corps, dans les pensées et par des réactions. Toutes les émotions nous concernent. Quand on nous apprend à avoir honte de certaines, la honte étant une émotion, on multiplie la « mauvaise » émotion par deux et nos réactions sont de plus en plus toxiques et incontrôlables.

On ne peut tendre vers l'objectivité si l'on ne reconnaît pas sa subjectivité. Accepter ses émotions, ce n'est pas renoncer à exercer un quelconque contrôle sur soi, ce n'est pas être sans filtre, ce n'est pas se conduire mal en étant

décomplexé. Accepter ses émotions, c'est devenir un adulte courageux et lucide, avec des directions qui lui importent, mais aussi un adulte conscient de ses failles et de ses « imperfections ». Accepter ses émotions, c'est prendre la responsabilité de s'en occuper quotidiennement – j'en vois un qui souffle, mais souffle-t-il de devoir aller chaque jour aux toilettes – en apprenant à d'abord les ressentir puis à les nommer et cela sans s'en vouloir, donc sans ajouter une émotion secondaire sur l'émotion. Accepter ses émotions, c'est reconnaître qu'elles nous concernent tous, qu'elles définissent notre humanité et qu'elles n'épargnent personne. Accepter ses émotions, c'est s'en occuper suffisamment pour cesser de blesser ceux qui nous entourent, en les niant ou, au contraire, en s'en déchargeant sur eux. Accepter ses émotions, c'est observer avec humilité combien elles biaisent de façon universelle notre façon de penser et de voir le monde. Accepter ses émotions, c'est avoir l'immense courage de fermer les yeux et d'affronter sa souffrance.

ALEXITHYMIE

Ne pas reconnaître ses émotions négatives,
ce n'est pas le signe que l'on va bien mais
au contraire que l'on est malade

Paul ne va pas bien. Il a pris du poids, il est si préoccupé par le Covid-19 et a tellement peur de l'attraper qu'il interdit à sa femme de sortir pour voir ses amies. Il ne s'intéresse pas à elle, pas plus qu'à ses enfants. Ce qu'il veut, c'est arrêter de boire, maigrir en faisant un régime drastique. Tel qu'il est, il se dégoûte.

Quand il regarde la télévision ou les réseaux sociaux, il s'énerve. Il passe du temps à *scroller* et à distiller des commentaires vindicatifs en réponse à de nombreux *posts* qui le révulsent. Il reçoit de la haine en retour et quelques messages d'assentiment qui l'encouragent. Il est fermé, sa femme ne supporte plus qu'il fasse la tête. Elle lui suggère d'aller voir un psy. Il l'envoie paître. Il n'en a pas besoin. Il en a vu un il y a quelques années à cause de son travail, qui lui a prescrit des antidépresseurs, mal supportés, et l'a adressé pour quelques séances à une psychologue, séances qui ne lui ont rien apporté. La preuve, il en est au même point. Ce qui l'inquiète, lui, ce sont ses douleurs dans la région du cœur. Il a pris un rendez-vous avec un cardiologue qui lui fait faire une batterie d'examen. Et puis ses douleurs dans le bas du dos. Un chirurgien lui a proposé

de l'opérer. Sa femme revient à la charge, prononce les mots, émotions ou psychologie. Paul bâille. Il ne se sent pas concerné. C'est un scientifique, plutôt « sciences dures ». La psychologie, les émotions, « il n'y croit pas ». Sa femme, elle, envisage de divorcer.

Pourquoi s'ennuyer à reconnaître ses émotions ?

On pourrait penser que c'est optionnel de reconnaître ses émotions, que c'est une préoccupation de nombrilistes, une affaire de « névrosés », qu'on a bien mieux à faire et que, tant qu'on a la santé, le reste...

L'*alexithymie* consiste en une difficulté à reconnaître donc à nommer et à exprimer ses émotions. L'*alexithymie*, ce n'est pas l'inhibition ni la répression. Dans ces deux cas, les gens n'expriment rien alors que des enregistrements de leurs changements physiologiques et de l'activité de leur système nerveux mettent en évidence qu'ils sont affectés. L'*alexithymie* est une difficulté à identifier l'émotion et à exprimer verbalement ses affects¹ alors que l'inhibition ou la répression consistent en des efforts volontaires conscients pour en supprimer les apparences. D'ailleurs, les personnes qui répriment ont généralement un faible taux d'*alexithymie*².

Depuis plus de quarante ans, un grand nombre de recherches ont pu être menées. Elles ont permis de voir que cette méconnaissance des émotions n'était pas aussi anodine qu'elle en avait l'air.

L'*alexithymie* a des répercussions sociales et affectives. Quand elles parlent d'une situation émotionnelle, les personnes *alexithymiques* restent très générales. Dans leurs récits, elles sont souvent un peu ennuyeuses, se perdent dans des détails factuels au détriment des sentiments qui les ont animées, bien plus contagieux. C'est souvent avec l'émotion que l'on intéresse. Et puis, à d'autres moments, elles explosent et manifestent de la colère ou des pleurs éruptifs et souvent incompréhensibles³. Quand elles pensent, elles ont tendance à ruminer

sur un mode abstrait et analytique, mal adapté, plutôt que sur un mode concret et basé sur l'expérience⁴, se rapportant au vécu. En partie à cause de cela, les personnes alexithymiques ont des relations plus instables. Elles ont tendance à s'emporter ou à fuir. Sans s'en rendre compte, elles dévalorisent facilement les autres, agressent plus volontiers. Elles ont plus de mal à « transformer leur souffrance » pour en faire quelque chose qui s'adresse aux autres, par exemple recourir à l'humour ou être créatif ou en s'en servir dans leur profession. Elles peinent à anticiper⁵. Leurs relations avec les autres sont souvent chaotiques. Elles s'y sentent mal à leur aise⁶. Elles ont moins d'intelligence émotionnelle, c'est-à-dire d'aptitudes à déceler et à tenir compte de leurs émotions et de celles d'autrui. Elles sont moins emphatiques, moins coopératives. Quand une personne ne reconnaît pas ses émotions, surtout quand c'est un homme, il y a davantage de risque qu'il soit également évitant dans l'attachement⁷, c'est-à-dire qu'il tende à fuir les relations affectives dans lesquelles il se sent mal à son aise. Il estime que ce sont les relations le problème, pas son rapport aux émotions. En situation sociale, les personnes alexithymiques sous-estiment les signaux de danger face à quelqu'un d'agressif. Elles ont des déficits dans les souvenirs émotionnels en quantité et en qualité⁸. Il leur est très difficile d'accéder à des faits antérieurs qui se sont avérés négatifs. De même quand ils ont été positifs. De ce fait, quand ils revivent des situations semblables, ils tirent moins de leçons de leurs expériences passées. C'est comme s'ils ne pouvaient pas tenir compte de leurs erreurs.

L'alexithymie est aussi associée à des problèmes physiques. Une étude portant sur plus de 2 000 personnes a montré une association entre la présence d'une alexithymie au début de l'étude et la mort par maladie cardio-vasculaire vingt ans plus tard⁹. Il a été retrouvé chez les personnes alexithymiques davantage d'hypertension artérielle essentielle¹⁰, de troubles gastro-intestinaux fonctionnels¹¹, de syndromes de côlon irritable¹², de douleurs chroniques¹³ et d'asthme¹⁴. Comme Paul, les alexithymiques confondent les sensations physiques indissociables des émotions avec les indicateurs d'une maladie physique, et cela les amène souvent à avoir des préoccupations hypocondriaques¹⁵.

Les hommes, les femmes, les émotions

Intuitivement, on s'attendrait que les hommes reconnaissent moins bien leurs émotions que les femmes. Ce n'est pas si évident. En Finlande, où une étude de grande envergure a été menée sur le sujet, chez des personnes âgées de 30 à 44 ans, on retrouvait environ 3 % de femmes alexithymiques pour 7 % d'hommes. L'effet de l'âge était bien plus saillant. Les personnes âgées de plus de 85 ans étaient nettement plus alexithymiques que le reste de la population. Ce qui milite en faveur du rôle de l'éducation. Les générations précédentes avaient tendance à mépriser le sujet des émotions, à ne pas se sentir concernées et à en tirer fierté.

Chez les adolescents, on retrouvait une fréquence plus élevée de l'alexithymie chez les filles, mais des scores moyens plus importants chez les garçons. Ce qui signifie que, d'une manière générale, les adolescents ont un niveau plus bas de reconnaissance de leurs émotions, mais que le nombre d'adolescentes qui ne les reconnaissent pas du tout est plus élevé.

Les troubles mentaux sont associés à des problèmes d'émotions. On pourrait donc s'attendre à retrouver de l'alexithymie chez toutes les personnes ayant un diagnostic en santé mentale. Qu'en est-il vraiment ? Effectivement, la non-reconnaissance de ses émotions est souvent intriquée avec les troubles mentaux. Par exemple, chez les personnes souffrant d'attaques de panique, on retrouve de l'alexithymie dans 47 à 67 % des cas, pour le trouble obsessionnel compulsif 13 %, et 12 % pour les phobies¹⁶. L'alexithymie est associée à plus d'abus de substances, d'addictions au jeu, au stress post-traumatique, au trouble panique, aux troubles somatoformes, aux problèmes de comportements alimentaires¹⁷, aux troubles du sommeil¹⁸. On constate donc que l'alexithymie est plus fréquente, mais pas systématique.

Cette difficulté à reconnaître ses propres émotions peut être confondue avec de faux profils. Quand quelqu'un n'exprime pas ses émotions, on a facilement tendance à le considérer comme alexithymique. Or on peut tout à fait être capable de reconnaître intérieurement ses émotions sans pour autant ressentir l'envie de les énoncer.

L'alexithymie n'est pas une fatalité. Toutefois, si elle n'est pas identifiée, les thérapies ne donneront pas grand-chose. On peut apprendre à reconnaître ses émotions si l'on comprend l'utilité de cette acquisition. L'exercice suivant est très simple, ne nécessite pas de voir un psy et il a fait preuve de son efficacité dans les dimensions physiques et psychologiques de l'alexithymie¹⁹.

Exercice : le cahier avec les 3 colonnes

- Sur un cahier, tracer trois colonnes. Chaque soir, faire dérouler sa journée. Fixer chacun des moments négatifs de la journée. C'est payé au poids : plus on en note, mieux c'est ; cela révèle une bonne conscience émotionnelle... et du courage.
- Dans la première colonne, détailler l'heure, le lieu, ce qu'on était en train de faire, d'entendre, de voir même si ce n'est pas la cause de ce que l'on ressent.
- Dans la deuxième colonne, nommer ce qu'on a ressenti et en estimer l'intensité sur 10. Il faut d'abord nommer l'émotion : était-ce de la colère (exaspération, agacement, irritation...), de la peur (appréhension, crainte...), de la tristesse, de la honte, du dégoût, de la lassitude, du mépris, du stress, de la résignation, de l'amertume, de la jalousie... ? On peut s'appuyer sur une liste de mots pour apprendre à nommer au plus juste, capacité qui vient avec le temps et l'entraînement. Nommer ses émotions diminue l'activité de l'amygdale, centre de la peur dans le cerveau. Nommer ce que l'on ressent augmente l'activité du cortex préfrontal ventro-latéral droit, ce qui a pour effet de diminuer la réactivité émotionnelle²⁰.
On peut aussi essayer de se souvenir de ce qu'on a ressenti à ce moment-là dans le corps. Si on en a gardé la trace, la noter. Enfin graduer l'intensité de l'inconfort global, la note au pic même si ça a été bref.
- Enfin, dans la troisième colonne, noter ce que l'on s'est dit, c'est-à-dire les pensées à chaud, celles qui après coup semblent irrationnelles ou excessives.
- EXEMPLE. Pierre m'appelle pour annuler une sortie. Je ressens de la déception et de l'amertume à 9, mes mâchoires se sont serrées. Mes pensées à chaud sont : « Quel imbécile, je n'aurais pas dû lui faire confiance, je me suis encore fait avoir, j'aurais dû m'en douter. »

D'une manière générale, quand on parvient à s'astreindre à ce travail parfois fastidieux et parfois désagréable sur le moment, on observe un mieux-être au bout de quelques jours²¹. De plus, on améliore ses aptitudes à nommer ses émotions et on dépasse l'alexithymie. Paul, sous la menace de départ de sa femme est venu me voir « en cachette ». Il a accepté, en ronchonnant, les exercices. Il a appris à nommer ce qu'il ressentait avec des listes de mots. Il a appris à être attentif et à décrire ses sensations. Il a appris et s'est entraîné à faire des compliments, des demandes et des critiques circonstanciés. Il a été surpris de voir sa femme bouleversée quand il s'est mis à communiquer de façon plus personnelle et impliquée. Il considère bien moins ses

sensations physiques comme les signes précurseurs de maladies graves. Il boit moins. Des hommes intelligents capables de changer leurs paradigmes. Il en existe 😊.

Ce qui se passe	Ce que je ressens (gradué sur 10)	Ce que je me dis
<ul style="list-style-type: none"> – Les faits – Le contexte dans lequel je me trouve au moment où je ressens quelque chose de négatif – La situation, l’heure, le lieu.... 	<ul style="list-style-type: none"> – Les émotions (stress, tristesse, peur, colère...) – Les sensations physiques – Les sentiments 	<ul style="list-style-type: none"> – Mes pensées automatiques – Ce qui me passe immédiatement par la tête – Mes « cognitions »

ATTACHEMENT INFO SERVICES

La contagion du désamour

Dans les milliers de récits que j'ai entendus depuis que j'exerce, j'ai été frappée par le caractère particulièrement éprouvant, et parfois même traumatisant, revêtu par le passé amoureux et surtout par le contraste entre l'importance de ce champ et le traitement qui en est fait dans la culture médicale, sociétale, médiatique...

Tout d'abord, parcours amoureux et attachement chez l'enfant sont très liés. Bowlby dans les années 1950 puis ses successeurs¹ ont montré combien l'attachement dans les premières années de vie était crucial. Depuis ces premiers travaux, il a été largement documenté que la qualité de cet attachement initial est un élément prédictif clef de la santé à venir. Chez un petit négligé, non tenu, ne bénéficiant pas de tendresse ni d'écoute de ses besoins – manifestés par des pleurs qu'un parent attentif doit apprendre à déchiffrer –, ou, à l'inverse, chez un bébé utilisé comme un substitut affectif par l'un ou les deux parents qui ne répondent pas de manière adaptée à la demande – on n'a pas forcément besoin d'un câlin étouffant quand sa couche est pleine –, on constate une dérégulation pérenne de l'axe du stress. C'est l'attention, la désignation sans exaspération, ni inquiétude, ni complaisance des émotions d'un petit qui créent des prédictions positives de santé physique et psychologique. En l'absence d'un attachement initial suffisamment *sécuré* dans les premières années, on constate des

répercussions sur la qualité de la variabilité de la fréquence cardiaque ([ici](#)), un cortège de maux physiques et psychologiques et une altération significative des capacités intéroceptives, c'est-à-dire des capacités à se sentir et à se lier à autrui².

La désaffection tue

Cette tâche de sécuriser l'attachement de l'enfant a souvent échoué aux femmes. Dans les générations précédentes, ces femmes étaient elles-mêmes négligées affectivement par des hommes exigeant le « repos du guerrier », peu conscients des nécessités de manifester de l'amour par des gestes, des mots, des attentions, de l'affection³. Il est compliqué de donner de façon adaptée quand soi-même on ne reçoit rien. On a remis en cause l'« instinct maternel⁴ » à juste titre, puisque l'attachement se crée avec le temps passé et pas avec des prédispositions « naturelles ». Mais, en voulant supprimer l'exclusivité de la charge, on a eu tendance à reléguer le sujet. Surtout entre adultes. Aujourd'hui, il est moins question d'amour⁵ que de sexualité, de ses orientations, de la fréquence des rapports ([ici](#)). On fait de plus en plus abstraction des fondamentaux sur l'attachement et sur l'amour pourtant cruciaux en matière de santé. Je me souviens de Denis, un homme dur au mal qui ne souhaitait pas faire cas de ses émotions. Il avait des antécédents d'infarctus qui avaient failli lui coûter la vie. Sa sexualité était depuis en berne. En accord avec lui, sa femme a pris un amant. Denis niait tout impact affectif de la relation extraconjugale de sa femme qu'il ne voulait pas contraindre. C'est pourtant exactement à ce moment-là qu'il s'est remis à fumer massivement.

Les ruptures, les tromperies, l'insatisfaction dans le couple ont un impact majeur sur la santé physique et psychologique : le taux de suicide augmente, de même que les passages à l'acte violents, le nombre de dépressions explose, les addictions se multiplient⁶. Ainsi, dans une étude portant sur 3 682 participants, donc d'une envergure permettant de tirer des conclusions, il a été observé que les

hommes mariés comparés aux hommes non mariés étaient deux fois moins susceptibles de mourir dans les dix ans à venir, que les femmes qui se refrénaient lors d'un conflit avec leur mari, s'interdisant de réagir pour ne pas envenimer les choses, avaient une mortalité quatre fois supérieure à celles qui s'exprimaient⁷. On a aussi tous entendu parler du syndrome du « cœur brisé », cette singulière cardiomyopathie avec atteinte du ventricule gauche qui atteint plus souvent les femmes, après 50 ans, moment d'acmé du stress après une vie de soins à autrui, avec des symptômes en tout point semblables à ceux de l'infarctus du myocarde⁸.

Les impasses dans les manifestations affectueuses et l'établissement d'un lien de qualité sont des éléments clés qui altèrent la santé. Vu l'impact des blessures affectives, on pourrait être tenté par le repli et se réfugier dans la solitude, évitant ainsi le champ miné des relations amoureuses. Malheureusement, dans le célibat, qu'on soit homme ou femme, les risques de développer des problèmes cardio-vasculaires sont les mêmes⁹. La pandémie avec l'isolement qu'elle a généré a accentué les décompensations psychologiques. On s'est rendu compte que le lien social était vital pour le psychisme, alors que, depuis des décennies, on prône l'expansion d'un moi « indépendant », « autonome », qui n'aurait besoin de personne pour être heureux et s'épanouir, bla-bla-bla. Résultat : ce qui devient obscène aujourd'hui, c'est l'affection. La pauvreté des sentiments et le manque d'amour sont des sources de décompensations massives.

Qu'est-ce qui pourrait sauver l'attachement ?

Un adulte stressé s'apaise avec un attachement solide. Mais un attachement à l'âge adulte, ça se nourrit. À deux. L'attachement, l'affection peuvent se prodiguer par des gestes, de simples caresses, pas forcément génitales, par de la politesse, par de la douceur, par de l'écoute, par des attentions, par des cadeaux, par des paroles respectueuses où l'on s'affirme¹⁰ en préservant le lien. On dit le

positif (idéalement 2,9 fois plus de compliments que de critiques¹¹), on fait des demandes claires en laissant la possibilité à l'autre de dire non, on formule des critiques, mais de façon circonstanciée, sans attaquer l'autre sur ce qu'il est, en détaillant plutôt ses comportements, en exprimant ce qu'ils ont généré. Il existe d'excellents ouvrages pour apprendre à s'affirmer¹², ou un certain nombre de thérapeutes tout à fait en mesure d'aider à développer ces compétences. Quand les relations sont de bonne qualité, cela a un impact majeur sur la (bonne) santé¹³. « De bonne qualité » ne veut pas dire « sans conflits », au contraire : il faut davantage se méfier de l'avenir des couples qui ne se disputent jamais. De bonne qualité, cela veut dire que les conflits sont résolus de façon satisfaisante¹⁴. Pour que le couple dure dans la satisfaction, y compris sexuelle, il est important de dépasser ses problèmes d'ego ou de « narcissisme » et d'établir une relation de proximité. Cela nécessite des mises au point ; l'autre est un inconnu qui ne peut lire dans nos pensées. De temps en temps, il faut se poser et aborder les problèmes. Aimer, ce n'est pas forcément être doucereux et dire oui à tout. Au contraire, c'est aussi savoir dire non, en acceptant que cela suscite de l'inconfort à court terme, parce que l'on sait que cela redonnera du champ à l'autre, au lieu de laisser traîner une situation torpide. Tous ces comportements amènent à sécréter la fameuse oxytocine¹⁵, hormone qui induit un apaisement du rythme cardiaque et une diminution du stress¹⁶. Il y a un tel réconfort quand on nous parle, quand on se soucie de ce que l'on fait et dit, quand on nous écoute, quand on nous respecte suffisamment pour exprimer un désaccord, plutôt que de se retrouver à faire mille et un scénarios face à quelqu'un enfermé dans le silence.

Les effets du manque d'amour sont tout aussi graves que les effets du Covid¹⁷. On l'attend des autres, mais on n'en donne plus. Les personnes en charge du soin à autrui sont majoritairement en *burn-out* (médecins, mères, soignants...) faute d'évolution de toute la société. Et si ces donneurs de soins sont cassés, il n'y aura bientôt plus personne pour veiller sur autrui. C'est collectivement, sans distinction d'âge, de sexe, ou d'appartenance que l'on doit veiller les uns sur les autres en réapprenant à accorder de l'importance à l'attachement et en cessant, par exemple, de considérer comme facultatives ou

rédhibitoires des expressions simples comme : « S'il te plaît », « Pardon », « Merci ¹⁸ » et « Je t'aime ». L'attachement est une urgence sanitaire.

BIENVEILLANCE

En finir avec les injonctions exaspérantes et contre-productives à la « positivité »

Ne nous méprenons pas, mon propos n'est pas de rejeter les émotions positives et la bienveillance en particulier. Mais, de plus en plus, on est sommé d'éprouver de la bienveillance. C'est presque comme le passe sanitaire, il faut la produire systématiquement. Résultat : elle est proclamée, mais de plus en plus feinte. Dans des formations psys, mais pas seulement, dans certaines professions ou certaines situations comme la parentalité, on est enjoint à éprouver des émotions positives et exclusivement généreuses comme l'amour, la gratitude, la joie, la bienveillance, la compassion, l'empathie, l'équanimité¹.

*Les émotions positives pas à pas,
sans fausseté et sans forcer*

Essayez de fermer les yeux et de les ressentir, là, maintenant. Allez, un petit effort. Eh bien alors ? ! Effectivement, ça ne marche pas. Ça crée quelque chose de rance. On ne ressent rien de positif, on se sent juste coupable et accablé.

Vouloir, c'est du stress ; donc *vouloir* ressentir du positif, c'est se stresser et se créer des émotions négatives en lieu et place de l'émotion positive que nous voulions éprouver.

Il est évident que ces émotions positives sont agréables et qu'on souhaiterait tous en éprouver davantage. Se cultivent-elles ? Peut-être, mais sans brûler les étapes ; on ne plante pas des graines pour obtenir de belles fleurs dans un lopin plein de mauvaises herbes. Avant, on désherbe, sinon rien ne pousse. Donc, avant de se ruer sur les émotions positives, on s'occupe en priorité de ses émotions négatives, de toute façon plus bruyantes, plus manifestes physiologiquement². Ensuite, avec patience, on peut tâcher d'exercer son attention quotidiennement sur des petits moments plaisants, même s'ils sont d'intensité faible, et ce par séquence, c'est-à-dire qu'on effectue ce repérage écrit tous les jours pendant une semaine et après on arrête. On peut reprendre ce type de séquence de temps en temps. Le séquençage est plus efficace que le maintien au long cours ; exercer cette attention toute l'année est moins efficace que de l'effectuer sur une courte période de quelques jours, le cerveau ayant tendance à se lasser. On repère au départ de faibles intensités d'émotions positives. On peut noter les moments où des choses nous ont été données, même si, par rapport à l'ampleur de nos souhaits, on considère ce que l'on reçoit comme roupie de sansonnet. On aimerait bien recevoir davantage, mais c'est aussi en apprenant à percevoir ce que l'on reçoit que l'on développe davantage de confiance dans ce que l'on recevra. Et, comme par magie, on reçoit davantage. Être attentif au positif qui advient et que l'on ne maîtrise pas restaure tout doucement le sentiment de confiance dont on a besoin quand on a traversé une période difficile³. Pour en revenir aux injonctions positives, une émotion ne s'ordonne pas. C'est méconnaître son caractère incontrôlable et sa survenue qui échappe à la volonté⁴. Ordonner à quelqu'un une émotion, quelle qu'elle soit, c'est stresser l'autre et le condamner à ne pas la ressentir. Et, une fois de plus, être enjoint à un ressenti positif est le meilleur moyen de ne pas l'atteindre. Face à tout impératif commençant par : « Profitez, savourez, réjouissez-vous de... », même émanant de personnes bien intentionnées, il faut se boucher les oreilles et revenir à ses propres sensations.

Plus on ordonne la bienveillance, plus elle est rance

La bienveillance est une disposition favorable envers autrui, une sorte d'a priori du doute positif qui se manifeste moins par un ton mièvre que par une écoute active, comprendre avec des questions dont on n'est pas persuadé de posséder les réponses. La bienveillance, c'est de la curiosité, l'établissement d'une relation sincère. Et qui dit relation ne dit pas accord sur tout. Être bienveillant, c'est aussi se respecter. Être bienveillant, ce n'est pas être soumis. Si on me parle comme à un chien et que, sous prétexte de bienveillance, je fais toujours plus d'efforts relationnels, suis-je bienveillante ou suis-je une cruche ? Avec l'injonction à la bienveillance, j'ai vu beaucoup de personnes qui avaient subi un certain nombre d'expériences difficiles dans l'enfance continuer de se soumettre. Dans l'impossibilité de poser leurs limites – pour cela, il faut s'autoriser à ressentir de la colère ([ici](#)), finalement, elles ne cessaient de se retraumatiser. La bienveillance s'observe plus qu'elle ne se déclare. C'est un résultat éventuel vers lequel on peut tendre, mais surtout pas un processus que l'on peut déclencher volontairement. D'autant que charité bien ordonnée... Mieux vaut démarrer en tentant de l'appliquer à soi-même. Quand on en a peu reçu, c'est difficile. Si l'on est en panne avec la bienveillance pour soi, on peut remplacer ce mot par le mot « patience » – ou même « neutralité » –, en se demandant à soi-même d'être descriptif, en faisant le point sur ses sensations et ses émotions, plutôt que de forcer avec du « gentil » ou du « bienveillant ». On aura un peu plus de chances de la voir émerger réellement. La bienveillance peut d'ailleurs prendre des apparences inattendues. Il peut y avoir de la bienveillance dans une implication austère, dans des actes davantage que dans du déclaratif. Méfiez-vous de ceux qui la proclament ou qui l'exigent. On croit que, en reprochant aux autres de ne pas en avoir, on va leur dessiller les yeux et améliorer la situation. En réalité, reprocher aux autres de ne pas en avoir, c'est, quoi qu'on en dise, se montrer soi-même malveillant, et c'est également le meilleur moyen de les bloquer et de les enfermer dans leurs attitudes hostiles.

C'est au moment où des macaques s'adressent mutuellement des regards affectueux que l'on observe des comportements prosociaux, pas quand on leur tombe dessus⁵. Pourquoi ne s'inspirerait-on pas des macaques... ?

BIPOLARITÉ

Ça n'est pas parce que je pleure chez le médecin
que je dois repartir avec un médicament

Appelons un chat un chat

Un diagnostic de bipolarité de type 1 est ce que l'on appelait il y a quelque temps « trouble maniaco-dépressif ». Il se base sur l'existence dans le passé d'un épisode dépressif et d'un épisode maniaque. Quand on est face à une personne en plein épisode maniaque, on le sait, on ne peut s'empêcher de rire avec elle. Lors d'un épisode maniaque, on dépense de l'argent que l'on n'a pas, on chante dans la rue, on est totalement désinhibé, on a les pensées et la parole qui partent dans tous les sens, on fait des projets grandioses, vraiment grandioses. Dans le cas d'un vrai trouble bipolaire, les antidépresseurs sont souvent inefficaces et peuvent même déclencher un épisode maniaque.

Depuis quelques décennies, les critères de définition du trouble bipolaire se sont élargis et on a maintenant des troubles bipolaires de type 2, diagnostic qui est posé quand on a fait des dépressions et un épisode « hypomane », c'est-à-dire un moment où on a été dans l'effervescence, dans l'exaltation, dans une sorte de

fièvre (comme quand on est amoureux, ou qu'on est dans la construction d'un projet qui nous enthousiasme, bref, comme quand on est dans la vie). L'hypomanie est un diagnostic difficile à établir.

Ce diagnostic de trouble bipolaire posé, on recommande de prendre des traitements appelés thymorégulateurs, tels que le lithium, avec des effets sur le cœur, une prise de poids..., ou bien un traitement par Tégrétol, administré également dans les crises d'épilepsie ou des neuroleptiques nouvelles générations. Des traitements à prendre à vie et qui ne sont pas sans effets secondaires.

Des hauts et des bas, ce n'est pas de la bipolarité, c'est normal

Depuis que je suis psychiatre, j'ai observé une expansion importante des diagnostics de bipolarité. Dans mon cabinet, j'ai vu des personnes prenant depuis des années des thymorégulateurs sans qu'aient été explorées d'autres pistes comme le syndrome de stress post-traumatique (PTSD). Je me souviens d'une patiente étiquetée bipolaire, qui avait subi un viol collectif à l'adolescence et qui n'avait jamais été soignée. On a traité le PTSD et, comme par enchantement, elle n'avait plus de « bipolarité ».

Cette expansion des diagnostics et des traitements semble due à un principe de précaution : diagnostiquer et traiter à outrance pour éviter qu'un épisode franc se déclare et surtout éviter le risque suicidaire. À cause de cela, on constate qu'ont été inclus beaucoup de « faux positifs » (des personnes qui remplissaient les critères, mais n'étaient pas bipolaires). Or il n'y a pas d'études contrôlées démontrant l'efficacité des régulateurs de l'humeur dans le traitement des personnes « au seuil » du diagnostic. Un traitement peut tout à fait être introduit au moment où l'épisode franc se déclenche. Avec une tendance à la surestimation des diagnostics, donc des traitements, on va attribuer à tort

l'absence de survenue ultérieure d'un épisode maniaque au traitement alors que, sans rien, la personne n'aurait pas non plus développé d'épisode maniaque¹.

Attention de ne pas dévoyer mes propos. Le trouble bipolaire existe. De même qu'existent toujours des formes gravissimes de dépression anciennement appelées mélancolie. S'enfoncer dans la mélancolie au point de ne plus pouvoir effectuer aucun mouvement est un drame nécessitant parfois des traitements extrêmes, mais salvateurs². Seulement, il me semblerait judicieux de ne pas systématiquement repartir avec un traitement médicamenteux dès que l'on manifeste une émotion. Je vois trop souvent ce recours aux anxiolytiques, aux antidépresseurs dès qu'une émotion se manifeste, et des diagnostics de bipolarité posés dès qu'une personne éprouve des hauts et des bas, ce qui, je le rappelle, est physiologique. Ce risque de diagnostic intempestif est augmenté quand on est une femme³. Que l'on soit bipolaire ou non, on sera de toute façon concerné par les émotions. Avant d'introduire un quelconque traitement, il me semblerait plus fécond d'apprendre à repérer ses émotions du présent *et* du passé (souvent ignorées si l'on en croit le peu de questionnement des professionnels de santé à ce sujet), et surtout de généraliser l'emploi des stratégies permettant de les réguler⁴. Ce n'est pas parce que je pleure chez un soignant que je dois partir avec un médicament. Sur la bipolarité, il faudrait peut-être lever le pied.

CONFIANCE EN SOI

Un marronnier du développement personnel

Dans le monde de l'entreprise, sur les réseaux, dans les magazines qu'ils soient féminins, sportifs ou psychologiques, on ne cesse d'être enjoint à développer de l'assertivité souvent confondue avec de l'agressivité, à défendre son territoire, à devenir optimiste, et surtout à « avoir confiance en soi ». Est rarement distinguée l'*agentivité*, c'est-à-dire le sentiment d'être capable d'agir et de mener une action à son terme, de la *confiance en soi/estime de soi* globale. Avec cette injonction à la confiance en soi, on cherche à se rassurer et à être rassuré, ce qui nous rend un peu rasoir pour autrui¹. D'autre part sont souvent mélangées estime de soi implicite (ce que l'on ressent) et estime de soi explicite (ce que l'on clironne). On baigne dans une culture qui favorise la confiance en soi explicite : on montre qu'on assure, qu'on maîtrise, qu'on sait même si on sait mal. On prend des cours pour parler plus fort et s'entraîner à écraser la parole de l'autre.

Confiance en soi ou narcissisme démesuré ?

Les injonctions à la confiance en soi et à l'estime de soi nourrissent les tendances narcissiques au détriment du fond alors qu'on peut très bien avoir une vraie estime de soi et être humble dans l'explicite. De plus, on a tendance à croire que confiance et estime de soi sont indispensables à la réussite, elles paraissent incontournables dans notre société. Pourtant, certaines cultures choisissent de les mettre de côté, privilégient l'harmonie dans les relations et, pour ce faire, sont plus facilement enclines à laisser une place à l'autocritique. Le paradoxe, c'est que les sociétés qui sont plus attentives à la qualité des relations obtiennent de meilleurs résultats². Ainsi, des élèves européens ou américains très confiants en eux-mêmes et en leurs capacités ont eu de bien moins bons résultats en mathématiques que leurs homologues asiatiques qui s'estimaient moins³.

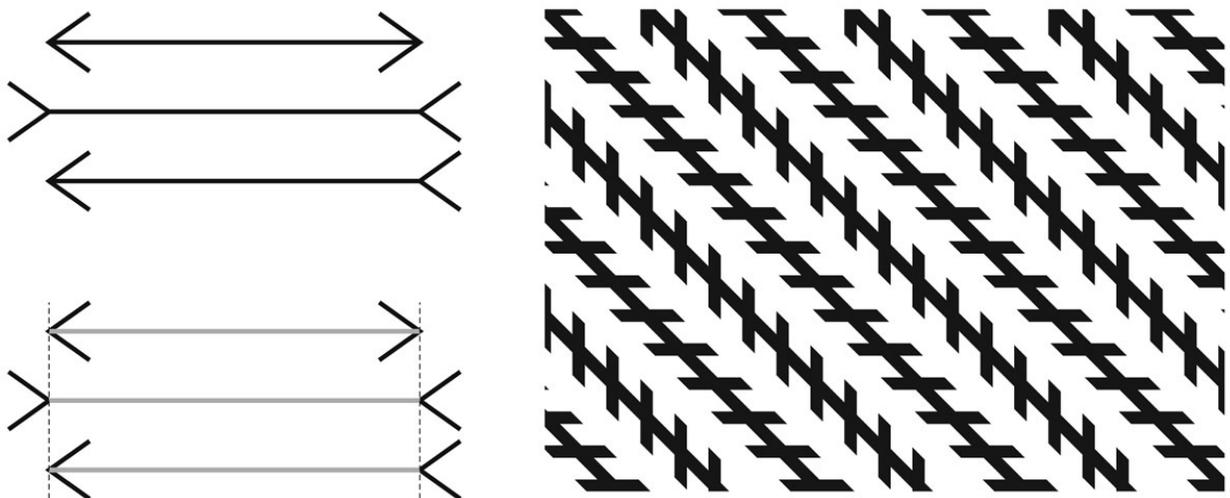
Ce qui est amusant (enfin pas trop, mais c'est une expression), c'est de constater que les méta-analyses rassemblant des centaines de milliers de personnes montrent que l'estime de soi suit à peu près la même évolution au cours de la vie chez tout le monde⁴. En gros, quels que soient le sexe, le statut socio-économique ou la nationalité, l'estime de soi est basse dans la jeunesse, elle augmente à l'âge adulte, puis elle décline tranquillement avec le vieillissement⁵. Alors, si on arrêta de nous rebattre les oreilles avec la confiance en soi ou l'estime de soi ? ! D'autant qu'on lui attribue des mérites dont on devrait se méfier. On fait plus confiance aux gens qui ont l'air d'avoir confiance en eux et, ce faisant, on n'est pas toujours juste. On a fait de Pasteur, inventeur du vaccin contre la rage, un héros national, alors que c'est le timide Koch qui a découvert les bactéries à l'origine de maladies infectieuses mortelles⁶.

Personnellement, je préfère de loin les gens qui savent qu'ils ne savent pas. L'assurance qui va avec la confiance en soi amène souvent le maniement de *thought terminating clichés* ou « formules toutes faites », particulièrement utilisées par les régimes totalitaires⁷ qui dispensent de penser. Douter, c'est s'interroger, c'est souvent accoucher d'une pensée plus complexe. Cela suppose du temps d'écoute, à l'encontre de tendances où, quand on communique, on doit faire vite et bien, avoir une idée simple, voire simpliste, si l'on veut marquer les

esprits. En doutant, quand on nous laisse du temps pour déployer notre pensée, on évite le domaine nauséabond de l'idéologie, c'est-à-dire la référence absolue à ses pensées sans lucidité sur leur caractère volatil⁸.

Savoir douter

Évidemment, les gens qui ont « confiance en eux » sont moins anxieux que les gens qui doutent⁹. Et pourtant, comment ne pas être anxieux quand on se confronte aux questions existentielles¹⁰ ? Douter a un coût émotionnel. Mais il est aussi intéressant de savoir que les gens qui doutent¹¹ présentent les plus forts indices de flexibilité psychologique – signe d'une meilleure santé psychologique¹². D'autant que notre cerveau, auquel nous faisons souvent bien plus confiance qu'à nos émotions et surtout qu'à notre sens corporel, nous ment. Y compris d'un point de vue sensoriel ; il n'y a qu'à observer les multiples illusions visuelles dont il peut être le jouet. Par exemple, l'illusion de Müller-Lyer ou bien celles de Zollner (1860), où des droites entrecoupées de courts segments dans des directions opposées sont toutes parallèles alors qu'on a le sentiment qu'elles ne le sont pas et qu'elles vont se croiser :



Autre jeu, incitez vos amis à parier sur les diagonales du drapeau anglais. Ils seront tous persuadés que, coupées au centre, il suffirait de prolonger le trait pour qu'elles se poursuivent exactement sur la même ligne. Tracez devant eux la suite d'un segment pour leur faire constater que les traits ne se rejoignent pas. Richard Monvoisin, un chercheur grenoblois qui a partagé en ligne ses cours de zététique ^{*1} (art du doute), plaide pour une « humilité sensorielle ». Il énumère également des expériences sur la malléabilité de la mémoire expliquant que la formulation d'une question suffit à modifier un souvenir. Ainsi, des personnes auxquelles on suggère, par une question, l'existence d'un panneau « Stop » ou d'une grange dans le paysage témoignent avec certitude de leur présence alors qu'ils ne figuraient pas dans la scène du carambolage dont ils ont été témoins. Dans de multiples cadres, qu'ils soient juridiques politiques, sociaux... les certitudes sont dangereuses. Quand les témoignages font office de preuves, comme ç'a été le cas dans l'affaire Ranucci qui s'est soldée en 1976 par une condamnation à la peine de mort, on peut aboutir à des catastrophes : 30 % des innocents avec tests ADN avaient avoué.

On passe son temps à se faire avoir par des biais cognitifs. Sur les réseaux sociaux, on est tracé par des algorithmes, de ce fait, sans le savoir, on est surexposé à des discours qui nous plaisent parce qu'ils nous donnent l'illusion d'apporter des preuves à nos présupposés alors qu'ils ne font que conforter nos opinions tranchées et nos certitudes. On appelle ça le *biais de confirmation d'hypothèses*. Je vois passer un papier qui dit que les mueslis contiennent plus de 140 pesticides et qu'ils sont dangereux. Comme ce papier corrobore mes convictions écologistes, je ne vais pas vérifier l'information. Si je le faisais, je m'apercevrais que cette affirmation est fausse, et que la dangerosité viendrait plus sûrement de l'ingestion massive de muesli plutôt que de la toxicité des pesticides. Comme cette information ne m'est pas sympathique, j'aurai tendance à l'occulter, à ne pas la partager ; je n'en parlerai pas et je finirai par l'oublier ¹³. C'est ce qu'on appelle le *biais d'attrition*, c'est-à-dire que les expériences qui ne corroborent pas des certitudes sont perdues de vue et oubliées. Notre esprit confiant en lui-même est contraint par ses connaissances qui l'amènent à explorer et à se focaliser toujours plus sur ce qu'il connaît ¹⁴.

Et si, finalement, on était davantage entraîné au doute et à l'humilité plutôt qu'assommé par cette injonction à la confiance en soi ? Et si, plutôt que de considérer que les émotions, sensations négatives et doutes associés à l'incertitude sont anormaux et signe d'un déficit de confiance en soi qu'il faudrait impérativement corriger, on les considérait comme nécessaires ? Et si l'on cultivait surtout l'*agentivité*, c'est-à-dire la capacité à se fixer des buts et à les atteindre ? Et si la solution ressemblait à un oxymore : être à l'aise avec son malaise, déployer une confiance dans sa capacité à douter ?

*1. Zététique autodéfense intellectuelle.

CONSCIENCE DE SOI

Plaidoyer pour un peu d'intériorité

Pourquoi certaines personnes nous mettent-elles mal à l'aise ?

On connaît tous dans sa famille ou en dehors une personne sans conscience d'elle-même, qui agace tout le monde parce qu'elle est incapable d'être lucide. Une personne qui énonce ses pensées comme si c'étaient des faits, qui parle fort sans reconnaître qu'elle est en colère ou tendue, qui ne met jamais ce qu'elle vit en perspective avec ce qu'elle a vécu par le passé. C'est une personne qui présente toujours les mêmes difficultés et fait toujours les mêmes erreurs, invariablement pénible et qui risque de l'être encore longtemps. On croise aussi des personnes qui donnent l'apparence d'avoir une conscience d'elles-mêmes et, en même temps, alors qu'elles déroulent quelque chose qui leur est arrivé, alors même qu'elles décrivent ce qu'elles ont ressenti, donnent le sentiment que quelque chose cloche ; leurs propos ne semblent pas incarnés. Ce que les neuroscientifiques découvrent, c'est que la conscience de soi émane davantage de la perception du corps que d'un intellect surpuissant¹. Ressentir

profondément ses sensations émotionnelles constitue LE chemin de la conscience de soi. Nous pensons le monde bien plus à partir de nos expériences corporelles, encombrées de traces du passé, qu'à partir de nos sens stimulés par nos conditions présentes². Une vraie conscience de soi perçoit profondément comme le passé influence le présent. Je me souviens de monsieur L., persuadé que sa vision de ses relations décevantes avec les femmes, et aux prises avec un sentiment d'être exploité sans recevoir de reconnaissance à son travail, quels que soient les postes qu'il occupait, correspondait à une vision objective de la réalité. Il se décrivait comme fiable, généreux, sociable. Sans s'en rendre compte, et dès le premier jour, il commençait chaque consultation par une réflexion acide parce que j'avais une minute de retard ou bien parce qu'il avait eu du mal à ouvrir l'ascenseur ou parce qu'il n'avait pas vu le porte-parapluies et m'en rendait responsable. Dans son passé, on retrouvait la mort prématurée d'un père sévère et emmuré en lui-même dont il avait toute sa vie cherché l'affection et la reconnaissance. Il s'interdisait de ressentir – pour lui « de s'appesantir » – et ne rattachait évidemment pas l'amertume de ses pensées à son passé et à cette expérience tragique. Alors que nous sommes modelés en partie par la trace neuronale d'expériences passées et par nos interactions dans l'enfance, monsieur L. s'accrochait à l'illusion d'une autodétermination libre de toute influence précoce³. Par ailleurs, il justifiait l'attitude de son père en se défendant d'avoir besoin d'une quelconque reconnaissance. Ce faisant, il restait coincé dans des répétitions. C'est en acceptant l'influence du passé et en apprenant à en sentir les résidus que l'on peut s'en détacher, pas en en faisant abstraction⁴ ([ici](#)).

*Ceux qui condamnent le besoin
de reconnaissance sont toujours ceux
qui en bénéficient*

Le besoin de reconnaissance a longtemps été classé dans les mauvais sentiments, les sentiments dont on devrait impérativement se défaire parce qu'avoir besoin de reconnaissance signifierait être dépendant du regard des autres. Dès qu'il nous traverse, on se morigène. C'est « amusant » de constater que, parallèlement, on n'a jamais autant vu de burn-out, notamment chez les donneurs de soins (mères, soignants...), mais pas seulement. Le burn-out, défini comme un épuisement lié à un stress chronique, se manifeste par un épuisement émotionnel, une érosion des sentiments, du cynisme, un désengagement, une dépersonnalisation, une réduction de l'accomplissement, et peut amener à des complications physiologiques ou médicales comme des troubles musculo-squelettiques, des maladies cardio-vasculaires, des épisodes dépressifs, des troubles anxieux, des états de stress post-traumatique, des tendances suicidaires, des aggravations ou des rechutes de maladies chroniques⁵, donc rien d'anodin. Or ce qui est frappant, c'est que ces conflits de valeurs dans lesquels des personnes très engagées dans ce qu'elles font, et qui perdent peu à peu toute énergie et toute motivation, sont très souvent liés à la non-reconnaissance par les autres (clients, patients, enfants, partenaire, institutions, hiérarchie) et également par les personnes elles-mêmes. Être reconnu est vital, cela permet de se sentir utile. C'est un peu comme l'argent, il n'y a que ceux qui le possèdent qui en dénigrent l'importance. Le besoin de reconnaissance est NORMAL. On a tous besoin régulièrement de retours réguliers. On en revient à la nécessité de recevoir des compliments précis et impliqués ([ici](#)) et pas de vagues remarques aléatoires et condescendantes, compliments qu'il est intéressant d'apprendre soi-même à émettre également, parce que cela participe d'une sorte d'écologie relationnelle ; les autres font des choses pour nous et formuler l'impact bénéfique que cela a eu sur nous, cela fait plaisir et, surtout, égoïstement, cela tend à entretenir les comportements positifs que l'on a valorisés. Si on ne nous remercie ou ne nous complimente jamais, on finit par ne plus être motivé. On a aussi besoin de reconnaissance factuelle, avec des actes qui correspondent aux paroles. Parce qu'il y a des métiers où la satisfaction ne se donne pas à voir immédiatement, il est bon pour le moral de varier ses activités et d'en pratiquer certaines où l'on voit plus rapidement le résultat de ce que l'on fait, comme c'est

le cas avec les activités manuelles. Comme on ne peut pas changer l'autre, au lieu d'invalider son ressenti quand on sent son besoin de reconnaissance qui augmente, on peut être attentif aux contextes dans lesquels on évolue, considérer la douleur de ce besoin non satisfait comme le signe d'un essoufflement, d'un moindre épanouissement, d'un manque de moments plaisants, d'une plongée dans le sacrifice et se questionner. On peut essayer de réfléchir aux éléments qui sont sous son contrôle, aux éléments modifiables qui ne dépendent que de soi pour vivre davantage de moments agréables ou de moments de *flow*. La douleur liée à un besoin de reconnaissance non nourri s'atténue quand on s'octroie davantage de plaisir.

Conscience de soi toi-même : d'abord sentir avant de penser

J'en reviens à la conscience de soi. Si on cherche à la définir, on peut l'envisager comme une capacité à percevoir ses sensations, à identifier comme telles ses pensées, à nommer ses émotions, à observer ses comportements du moment, en portant également une attention sur ses expériences passées. Le déploiement de cette forme d'intériorité fournit des informations essentielles pour contrôler et ajuster ses comportements futurs aux contraintes du monde extérieur – sur la base de ses expériences passées⁶.

Depuis quelques années, on découvre que cette intuition que nous avons face à d'autres personnes que « nous ne sentons pas » n'est pas juste une déviance de l'esprit, mais bien une réalité neurologique. Certaines personnes se connaissent mal, mettent mal à l'aise parce qu'elles ne prêtent pas attention à leurs sensations, parce qu'elles ne se « sentent » pas⁷. On ne peut pas forcément se fier à ce que les autres, même de bonne foi, croient connaître d'eux-mêmes.

Mais nous-mêmes, sommes-nous sûrs d'être toujours « alignés » ? Quand nous sommes pris dans une difficulté, allons-nous d'abord sentir ce qui se passe dans notre corps ou allons-nous plutôt dans nos pensées pour réfléchir au

problème ? Nous réfléchissons, accordant peu de valeur à nos sensations de tension, de douleur, à la perception de nos battements de cœur, à nos démangeaisons... qui pourtant nous délivreraient des informations de premier ordre⁸, plus pertinentes sans être forcément verbales⁹. Ressentir déclenche des comportements instinctifs automatiques adaptés bien plus aptes à nous préserver. Si je ressens la peur, je cours ; si je réfléchis la peur, je soupèse le pour et le contre et je me fais déchiqeter. La conscience de soi, ce n'est donc pas du verbiage, ce sont des informations qui nous maintiennent à l'équilibre et qui proviennent d'abord du corps. La conscience de soi est intimement liée à l'intéroception ([ici](#)). Si l'on veut améliorer la connaissance de soi, on peut demander à nos proches de nous photographier et observer les photos de notre visage : on ne sentait pas forcément que l'on avait le visage crispé ni que l'on était tendu¹⁰, alors que tout le monde le voyait. Et, dans les relations proches, soyons suspicieux à l'égard des propos de personnes qui ne peuvent fermer les yeux au sens propre, qui sont incapables de méta-communiquer, c'est-à-dire de pondérer ce qu'elles affirment par l'énoncé de ce qu'elles ressentent.

DIAGNOSTICS

Prendre de la distance

Du bon usage des diagnostics

En dehors des convictions tenaces de certains récalcitrants, l'idée que les choses peuvent aller mal d'un point de vue psychologique est de plus en plus acceptée. Quand on est mal, on a besoin de savoir ce qui nous arrive. Se reconnaître dans la description d'un trouble, ça fait mal, mais ça fait aussi du bien. On a le sentiment que nos douleurs existent, qu'elles ont un nom, qu'elles sont légitimes. C'est comme si on était entendu et déjà un peu rassuré. Habitué au modèle médical, quand on n'est pas bien, on raisonne avec l'idée que nos symptômes correspondent à un diagnostic et que l'obtenir amènera le traitement adéquat. On a de plus en plus accès à des diagnostics « psys » avec un ensemble de symptômes dans lesquels on se retrouve. Du coup, on fouine sur internet pour vérifier que cette désignation nous correspond également. On se retrouve dans une maladie, mais on pourrait aussi se retrouver dans d'autres, en reprenant espoir que, cette fois, c'est le bon diagnostic et que le fait de suivre les indications thérapeutiques qui lui sont assorties va nous soulager de tous nos

problèmes. On fait ce qui est recommandé, mais on ne parvient ni à la sérénité ni à l'apaisement, qui semblent habiter tout le monde. Sauf nous. On est déçu, on ne sait toujours pas quel est notre problème et on repart pour un tour jusqu'à trouver une nouvelle étiquette avec son cortège d'espoirs puis de désillusions.

Grandeur et décadence des diagnostics

Concernant les maladies psychiatriques, ce que l'on appelle troubles des conduites alimentaires, état dépressif majeur, troubles anxieux, addictions, personnalité borderline, narcissique... sont des diagnostics enracinés dans une approche médicale traditionnelle associant des noms de « troubles mentaux » à un ensemble de symptômes. Ces diagnostics émanent de consensus d'experts et sont référencés dans un manuel psychiatrique appelé le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* ou *DSM*. Ces diagnostics semblent bien distincts les uns des autres et ces regroupements ont facilité la recherche scientifique. Toutefois, au fur et à mesure de l'utilisation de ce manuel sont apparues un certain nombre d'impasses. Prenons un exemple. Pour poser un diagnostic d'une pathologie X avec l'aide du *DSM*, il faut souffrir d'un nombre précis de critères sur ceux énumérés. Admettons qu'il faille par exemple remplir 7 critères sur, mettons, les 12 qui sont énumérés. Si on atteint 7 ou plus, on a la maladie X. Si on en a moins de 7, on n'a pas X. On peut se demander s'il n'y a pas plus de différences entre celui qui remplit 12 critères et celui qui en remplit 7, les deux personnes étant considérées comme ayant la même maladie, qu'entre celui « non malade » qui en a 6 et celui qui a X avec 7 critères. Cette façon de trancher en mode *on* ou *off* charrie une vision binaire qui considère que soit on est malade, soit on est sain, ce qui, en soi, n'est ni réaliste ni satisfaisant. De plus, on méconnaît les difficultés de celui ou celle qui remplit 6 critères et qui est au bord de la « maladie ». On passe donc à côté de la possibilité de faire de la prévention chez celui qui avant d'être atteint avait des signes avant-coureurs.

On s'est aussi aperçu que ces étiquettes, issues des experts, changeaient fréquemment en fonction des événements politiques et culturels. Ces diagnostics psychiatriques ne recouvrent pas certaines situations ou contextes concomitants à la « décompensation » : une agression, la perte d'un proche, un licenciement... Pourtant, on comprend facilement qu'il y a une grosse différence entre une personne qui est triste, qui ne prend aucun plaisir et qui dort mal depuis plus de deux semaines parce qu'elle vient de perdre un proche, et une autre qui présente les mêmes symptômes, alors qu'elle est harcelée ou sous-employée ou parce qu'elle a été dénigrée pendant toute son enfance. Mais si l'on s'en tient au regroupement des symptômes apparents et donc aux diagnostics, on pourra évoquer un tableau dépressif dans ces trois situations. Intuitivement, on sent bien qu'il ne s'agit pas de la même chose et que, pour en sortir, les propositions de soins ne peuvent pas être les mêmes. Et, pourtant, ces trois personnes risquent de se voir poser le même diagnostic de dépression et de se voir prescrire ou de consommer d'elles-mêmes le même médicament. Ce dont on s'est aperçu également, c'est que ces diagnostics issus du *DSM* étaient souvent associés¹. Ainsi, on est anxieux en même temps qu'on est déprimé. Quand on est déprimé, on a souvent des addictions. Quand on a des problèmes alimentaires, on souffre souvent de stress post-traumatique² et inversement... Ces catégories diagnostiques très distinctes sur le papier sont donc loin d'être étanches dans la réalité.

Trop d'étiquettes

Depuis les années 1980, pour que les gens aillent mieux, on s'appuie sur ces diagnostics pour prescrire des psychotropes, c'est-à-dire des anxiolytiques, des antidépresseurs, des neuroleptiques, des hypnotiques. Le nombre de journées annuelles de traitement a été multiplié par 6 en vingt ans³. Aujourd'hui, ces psychotropes sont le premier poste de dépenses de l'assurance-maladie, on

approche des 110 milliards d'euros. Ce qui est étrange, c'est que plus on prescrit, moins, globalement, les gens vont bien.

Parallèlement, on a vu apparaître des étiquettes émanant parfois des médias, des réseaux, de la culture. Elles désignent, pêle-mêle, des contextes, par exemple le harcèlement⁴ dont on ne parlait pas il y a trente ans, les souffrances au travail, celles associées au sentiment d'être victime de pervers narcissique, le burn-out professionnel ou maternel, le bore-out... Ces façons de désigner sont des « nouveautés » liées à l'évolution de la société et de ses valeurs, qui désignent parfois des contextes, considérés comme des causes, davantage que des signes cliniques. On a parfois le sentiment que ces étiquettes subissent un effet de mode, qu'elles sont extrêmement répandues puis qu'on n'en entend plus parler, comme si elles avaient disparu, alors que ce qu'elles désignent existe toujours. On sent que des mots se sont vidés de leur signification à force d'être employés à la place d'autres. Trop usités, ils finissent par perdre de leur sens. Certains sont des glissements de langage comme quand quelqu'un rentrant ponctuellement fatigué du travail se déclare en burn-out, écrasant celui qui vit vraiment cette réalité.

On a voulu faire cesser la stigmatisation autour des diagnostics, car même si la psychiatrie n'est plus réduite à la folie, on entend encore couramment utiliser avec malveillance des termes du type « malade mental », « névrosé », « parano », « borderline », « hystérique »..., la personne qui les profère sachant rarement de quoi elle parle. Ce faisant, on observe aussi de plus en plus de personnes qui, s'appuyant par exemple sur des livres à grand succès et pensant avoir « accepté » d'être malades, brandissent un diagnostic et semblent se résumer à lui : « Je suis bipolaire, dépressif, hyperactif, Asperger, haut potentiel, *burn-outé*, harcelé... » Même si cela traduit une avancée dans les représentations, on peut craindre aussi un glissement quand l'intention derrière ces annonces est de hiérarchiser les souffrances en faisant primer les siennes au détriment de celles d'autrui. En posant l'exigence d'être pris en charge comme souffrant, sans envisager que l'autre puisse aussi avoir son lot, on oublie qu'en face, même sans diagnostics brandis, on a toujours affaire à des compagnons d'infortune et, malheureusement, on s'enferme dans une désignation de soi

réductrice qui, certes, nous distingue des autres, mais qui fige aussi nos difficultés⁵.

Se poser les bonnes questions

Alors on peut se demander si finalement cette histoire d'étiquettes, de tentatives de dénominations diagnostiques, les unes décrivant des symptômes, d'autres des contextes, d'autres encore des réductions de soi ou des insultes, n'aggrave pas les problèmes. D'autant qu'on apprend que l'état des lieux de la « santé » mentale dans le monde mais également dans le pays est préoccupant. Douze millions de personnes touchées par la maladie mentale en France (il est étonnant de savoir que la maladie mentale est le premier poste des dépenses sociales en France alors que seulement 3 % du budget de la recherche y est consacré)⁶. On pourrait imaginer que les chiffres augmentent parce que le repérage de ces troubles référencés augmente. C'est le cas pour certaines maladies dont les critères ont varié. Ainsi, pour l'autisme, les critères diagnostiques ayant évolué au cours du temps, on a pu avoir le sentiment trompeur d'une sorte d'épidémie de cas, le nombre de diagnostics de troubles du spectre autistique suivant une courbe exponentielle depuis presque vingt ans, alors qu'il s'agit en réalité d'une augmentation « artificielle » du nombre de cas correspondant à l'élargissement des critères diagnostiques⁷.

Mais, pour la plupart des autres troubles, les critères sont restés relativement stables dans les différentes versions du *DSM* en vogue depuis plus d'un demi-siècle. Donc les gens ne vont pas mieux, alors qu'on a la main plutôt lourde sur les psychotropes. Une étude a révélé que la moitié des personnes recevant un traitement anxiolytique/antidépresseur ne remplissent pas les critères diagnostiques de dépression majeure ou d'anxiété⁸. Donc on ne va pas mieux alors que l'on consomme bien plus de médicaments et que l'offre de « bien-être » n'a jamais été aussi florissante⁹.

Le vrai chantier : remettre les émotions au cœur de la santé

Au regard de ces éléments, on peut donc s'interroger : les diagnostics et les concepts qui les sous-tendent sont-ils réellement appropriés ? La façon dont a été pensée la psychiatrie jusque-là est-elle vraiment pertinente pour trouver des solutions pour aller mieux ? Est-ce que l'on ne ferait pas mieux de s'atteler aux processus qui sous-tendent les problèmes mentaux en accordant de l'importance à l'attachement, en développant les habilités à communiquer, l'intéroception, l'aptitude à nommer ses émotions ? Est-ce qu'il ne serait pas préférable de déconstruire les regroupements de symptômes appelés maladies en s'occupant de ce que la plupart des « maladies » ont en commun, c'est-à-dire en s'attelant au chantier des émotions et de leur régulation dans un premier temps, en créant de vrais lieux d'apprentissage et d'exercices des compétences sociales, en faisant la même chose pour les capacités attentionnelles et d'organisation/hierarchisation/planification appelées fonctions exécutives plutôt que de s'enfermer dans une vision binaire *on/off* qui enferme et restreint les possibilités d'évolution et de mieux-être ?

ÉMOTIONS

Quand on est d'humeur étale, c'est qu'on est mort

Une émotion, qu'est-ce que c'est ? C'est une irruption brutale et incontrôlable de modifications en soi. Une émotion se manifeste principalement par trois événements intérieurs :

- des modifications dans le corps que l'on est plus ou moins capable de déceler. Des tensions, crispations, palpitations... dans la tête, mais aussi dans les muscles, les mâchoires, le cœur, la respiration, etc.¹ ;
- on constate souvent aussi une agitation des pensées. Quand on est en colère, on pense que le monde est vicié, qu'untel nous a toujours fait des crasses. Quand on a peur, on a des pensées autour du danger et des ruminations sur la façon de s'en protéger, etc. ;
- enfin, une émotion pousse à réagir (et non pas à agir). On me bouscule, j'ai tendance à vouloir agresser verbalement ou physiquement.

On connaît cinq émotions principales : la tristesse, la peur, la colère², la surprise et la joie. Il existe huit réactions ou *tendances à l'action* : la panique, le jeu, l'approche, la soumission, l'agression, l'inhibition, le rejet et la dominance³. Ce sont elles que l'on observe chez les enfants et qui doivent faire soupçonner des émotions sous-jacentes⁴.

Sans émotions : ni santé ni direction

Les émotions expriment des buts, des besoins, des désirs personnels⁵. Il est normal d'éprouver régulièrement des sensations et des émotions inconfortables. C'est le signe que l'on est en bonne santé. Les émotions négatives, comme la tristesse, la peur, la colère, se déclinent en intensité : pour la colère on peut être simplement agacé ou carrément en fureur ; la peur peut se manifester sous la forme d'une appréhension ou alors d'une terreur ; la tristesse peut prendre l'allure d'un coup de cafard ou d'un intense moment de désespoir... La jalousie, l'envie, la haine, l'amour, l'attachement, le désir, l'amertume... sont des émotions plus « composites ». Et humaines. Celui qui dit ne jamais les avoir éprouvées est soit un menteur, soit un alexithymique, soit un défunt.

On aimerait pouvoir choisir et supprimer exclusivement les émotions dites négatives qui nous posent problème pour ne garder que les bonnes. Toutefois, les positives et les négatives marchent ensemble. Si on cherche à éteindre le système émotionnel, on bloque tout le système, autrement dit, si l'on réprime les unes (les émotions négatives), l'émergence des positives sera compromise.

Pas de mal sur le mal : avoir des émotions, c'est normal

Quand on évoque des problèmes de santé mentale, on pense immédiatement à des difficultés avec les émotions. On pense à des émotions explosives, dévastatrices, malvenues, incontrôlées. On sent bien que la santé mentale a tout à voir avec elles et la façon de faire avec. On imagine qu'on en a structurellement trop alors que les autres auraient été gâtés par la vie ou la génétique et qu'ils en auraient moins. Quand on n'est pas bien, on rêverait de supprimer ses émotions, on aimerait qu'elles soient moins intenses ou n'en avoir que de positives. Ce

faisant, on se réfère à une normalité que l'on imagine étale, sans secousse, une mer calme, et cette référence nous fait aller plus mal puisque nous nous sentons coupables et en échec de ne pas y arriver. En ressentant contre nous-même de la colère, de la honte, un sentiment d'échec, de la peur alors que nous sommes déjà pris par une émotion (dite négative) inhérente à la vie d'être humain, on rajoute une émotion sur l'émotion. Deux pour le prix d'une. Et, à force de doubler les doses, on amplifie les tensions internes, l'agitation des pensées et le risque de comportements incontrôlables, on devient malade⁶. C'est en refusant de ressentir la tristesse que l'on risque la dépression. C'est en refusant de reconnaître que l'on éprouve de la colère que l'on risque d'être violent...

EXPRIMER CE QUE L'ON RESSENT AUX AUTRES

Ça ne sert à rien et ça ennue tout le monde

Dans les nouvelles injonctions, on trouve un nouvel ordre qui serait celui d'exprimer absolument aux autres ce que l'on ressent. Or il est très important de nuancer cet impératif et d'apprendre à faire la part des choses. À cause de cette assertion, on assiste parfois à des spectacles qui serrent le cœur, où des gens déballetent ce qu'ils ressentent, créent du spectacle, n'obtiennent aucune compassion et repartent plus mal qu'ils ne sont arrivés. Ou, à l'inverse, au registre des faits divers, on se fait avoir par le veuf éploré qui « exprime ses émotions » aux médias pendant des semaines et qui s'avère être le meurtrier de sa femme¹.

Est véhiculée depuis quelques années l'idée que veiller sur ses émotions, être humain, ce serait forcément partager ses ressentis avec autrui. À la parole, aux manifestations publiques, à l'extériorisation, on a attribué des vertus thérapeutiques majeures et surtout exclusives – « pour aller bien, il faut montrer, il faut parler » –, alors qu'en réalité les travaux rendent compte de résultats beaucoup plus circonspects et nuancés².

Quand exprimer ses émotions ?

Exprimer ses émotions est une option, mais c'est loin d'être une nécessité pour qu'elles se régulent. D'ailleurs, ceux qui passent leur temps à parler de ce qu'ils ressentent n'ont pas l'air soulagés durablement puisqu'ils y reviennent et ont tendance à se répéter. Exprimer à tout va ce que l'on ressent aux autres ne nous fait pas aller mieux³. D'autant moins si l'on a vécu des traumatismes ou des événements difficiles. Ceux qui écoutent, qui n'ont rien vécu de tel, vont avoir tendance à fuir notre récit ou pire à nier soit l'événement, soit sa gravité. Je me souviens de Joséphine, de plus en plus repliée sur elle-même, violentée régulièrement dans l'enfance et abusée sexuellement adolescente, qui chaque fois qu'elle essayait d'évoquer la chose se voyait rejetée avec des phrases du style : « Tu dramatises », « Tourne la page » ou bien « Tu étais pénible, tu ne cessais de la ramener, tu l'avais bien cherché ». Chez les endeuillés, surtout dans notre culture qui a fait disparaître la mort de la vie – tant est si bien qu'un certain nombre de personnes cherchent des responsables quand elles découvrent que, dans ce domaine, non seulement le risque zéro n'existe pas mais qu'en plus notre risque de mourir sans savoir ni quand ni comment est de 100 % –, chez les endeuillés, donc, quand ils essaient de partager leur chagrin, on observe généralement face à eux des personnes que cela oblige à penser à leur propre mortalité ou à celle de leurs proches et qui préfèrent fuir.

Le partage social des émotions soulage dans certaines circonstances bien précises. Exprimer ses émotions peut être un moyen efficace d'aller mieux si notre interlocuteur fait suffisamment preuve d'empathie et si nous prenons la responsabilité de nos ressentis. À propos d'empathie, en ce moment, on a un peu l'impression que l'offre est inférieure à la demande. On attend d'être écouté, mais on n'écoute plus beaucoup. Ressentir des émotions négatives alors qu'il est plus ou moins sous-entendu que les autres seraient capables de réussir à s'en soustraire, ça met en colère. On trouve ça injuste et on a tendance à rendre la société, les parents, les autres responsables – ce qui les fait fuir à toutes jambes, on les comprend un peu si on se place du point de vue de celui qui écoute. Chacun veut faire entendre ses souffrances, et on se retrouve parfois au milieu

d'une cacophonie émotionnelle qui accentue l'isolement, l'amertume et le repli sur soi. Donc le mal-être. C'est difficile à intégrer, mais personne « ne nous doit » de l'écouter. Ni même de l'amour. Personne – pas même nous – n'aime à être chargé de la responsabilité des émotions d'autrui, sauf ceux qui aiment jouer les sauveurs, mais ils le font payer un jour ou l'autre⁴. Quand on inverse les rôles et que l'on doit supporter quelqu'un qui dépose son paquet et attend de nous d'être pris en charge, cela oppresse et on a déjà assez à faire avec son propre chantier d'humain.

Comment faire ? Est-on condamné à gésir silencieux dans ses souffrances ?

La réponse est non. On peut reprendre la main. Oui, on peut se tourner vers un psy, mais ce n'est pas non plus une obligation. Puisque nous éprouvons tous des émotions négatives tout au long de notre vie et que bon nombre d'entre nous ont vécu des expériences traumatisantes⁵, le mieux reste encore d'apprendre à s'occuper de ces émotions douloureuses. Pour les émotions du quotidien qu'on aimerait partager, l'écriture dans un cahier dédié ([ici](#)) est un moyen utile pour augmenter la conscience de soi⁶. Apprendre à ressentir les émotions dans le corps en leur donnant une forme, une couleur, en en sentant les contours – en hypnose, on appelle cela la réification de la douleur – en est un autre⁷. Pour les émotions décalées en intensité par rapport au contexte, signe de reviviscence d'événements passés, revenir sur ces expériences difficiles pour réduire la charge traumatique ([ici](#)) et restaurer le fonctionnement du système nerveux autonome ([ici](#)) est indispensable.

Attention : autant exprimer aux autres ce que l'on ressent a peu d'effet, autant apprendre à nommer de façon juste pour soi-même ce que l'on ressent est utile. Des travaux avec de l'imagerie ont étudié les cerveaux de personnes

placées dans des conditions de rejet par les autres⁸. On a pu observer les émotions négatives – par le biais des sensations inconfortables qu’elles généraient – au travers de l’activation du *cortex cingulaire*, partie du cerveau impliquée dans la perception de la douleur physique. On s’est aperçu que quand les personnes nommaient avec des mots ce qu’elles ressentaient et que l’activité de la zone du langage (au sens de la formulation intérieure) était intense, elles avaient moins mal. Une autre expérience a montré qu’en nommant (ce que l’on détecte en imagerie *via* l’activation des zones du langage), les émotions véhiculées par des images génératrices de peur ou de colère, la détresse ressentie était moindre.

Étiqueter ce que l’on éprouve, se nommer à soi-même ce que l’on ressent participe à l’efficacité de certaines formes de méditation⁹. Pour nommer de façon juste, il faut apprendre à ressentir (*ici*), c’est le préalable indispensable. Quand on nomme bien (seul ou éventuellement avec un psy qui met sur le chemin de l’intéroception), on active le *cortex préfrontal ventro-latéral droit*, qui réduit l’activité du centre de la peur dans le cerveau appelé *amygdale*, et, de ce fait, l’anxiété et la peur s’atténuent¹⁰, phénomène vérifié objectivement par la modification de la conductance électrodermale. Comme on n’est pas forcément branché vingt-quatre heures sur vingt-quatre sur des capteurs, si on est attentif à ce qui se passe à l’intérieur de soi, quand on a trouvé les bons mots, on peut percevoir une variation subtile des sensations d’inconfort¹¹. Ce faisant, on sort de l’emphase, on cesse d’employer des mots grandiloquents et dramatiques, comme « violent », « trauma », qui au lieu de mobiliser les autres auprès de soi les éloignent sans que l’on comprenne pourquoi. Lorsqu’on affronte des lieux, des situations, mais aussi des sensations ou des émotions que l’on redoute, plutôt que d’essayer de penser différemment ou d’en parler aux autres, on aurait plutôt intérêt à commencer par nommer ce que l’on ressent pour améliorer nos capacités ultérieures à affronter nos peurs¹².

Un phénomène est fréquemment observé quand une personne décide de s’occuper d’elle en prenant la responsabilité de ses émotions ; lorsqu’elle évoquera auprès d’autres ce qu’elle ressent, elle aura face à elle, comme par une sorte de coïncidence, des personnes capables, non pas de se substituer à elle pour

prendre des décisions, mais plutôt de lui prodiguer du soutien émotionnel. Donc l'histoire se finit bien.

FRAGILES PSYCHOLOGIQUEMENT¹

Pas celles qu'on croit

On a associé au sexe féminin un certain nombre de caractéristiques, fruits de l'éducation et d'apprentissages, comme le fait d'avoir besoin de se relier aux autres, de demander de l'aide, d'être trop « émotionnelles »... Contrairement à ce que l'on pense, même si elles sont davantage étiquetées « malades » sur le plan psychiatrique, les femmes éduquées à ces comportements ne sont pas plus « fragiles » psychologiquement.

Pas ton genre ?

Vis ma vie et tu vivras mes émotions

Si les femmes ont jusque-là développé davantage de dépressions, c'est moins parce qu'elles y étaient biologiquement prédisposées que parce que, pour la plupart, elles ont été davantage soumises à des contextes qui favorisaient le stress et la détresse. De par la charge des enfants qui leur échoient majoritairement², les inégalités dans la répartition des tâches³ et pas seulement. Le nombre accru d'agressions qu'elles subissent⁴, l'éducation différenciée dont

elles ont bénéficié, la moindre reconnaissance financière et psychologique qu'elles reçoivent font qu'on peut considérer qu'elles ont été davantage entraînées à combattre une récurrence d'émotions négatives. Jusqu'ici, on a souvent rapporté leurs émotions négatives à leur personnalité – elles seraient émotionnelles alors que les hommes seraient rationnels – plutôt qu'aux contextes qu'elles traversaient. Une femme révoltée parce qu'il venait de lui arriver quelque chose était plus facilement jugée comme structurellement déficiente (insatisfaite, ronchon, désagréable, quand ce n'était pas bipolaire, borderline ou hystérique) et bénéficiait de moins d'*a priori* positifs qu'un homme manifestant les mêmes signaux dans les mêmes contextes⁵.

Ce qui est intéressant, c'est que, contrairement à ce que l'on pense, le *sex ratio* – la proportion de femmes comparée à la proportion d'hommes concernés par la maladie mentale – est de 1, c'est-à-dire qu'il y a autant d'hommes que de femmes malades. Le sexe n'est donc pas un facteur de protection pour la maladie. Ce qui distingue les deux sexes, ce sont les types de maladies, pas leur nombre. Davantage de dépressions et d'anxiété chez les femmes et chez les hommes, plus d'addictions, plus de troubles envahissants du développement, de tendances comportementales antisociales, paranoïaques, schizoïdes donc des tendances au détachement par rapport aux autres⁶.

Ni rationnels ni émotionnelles : hommes et femmes ont tous des émotions

Contrairement aux idées reçues, les hommes et les femmes ont autant d'émotions les uns que les autres. Ce qui les distingue, c'est la façon dont ils y font face. Dans la mesure où on les étiquette plus précocement chez les femmes, elles les repèrent plus tôt, s'en préoccupent davantage et demandent plus facilement de l'aide⁷. Le cerveau des femmes étant plus entraîné à l'incontrôlable inhérent aux vicissitudes de leur existence⁸, elles ont moins tendance à négliger leurs émotions ou à considérer leur occurrence comme un

échec. Alors que la société les cantonnait à une visibilité réduite ou limitée et basée sur leurs caractéristiques physiques, s'interrompant donc dès qu'elles vieillissaient, alors que l'ordre du monde les obligeait à servir de faire-valoir et à se soumettre, elles ont déployé et transmis des aptitudes sociales faisant de la plupart d'entre elles des personnes plus entourées, en meilleure santé et vivant plus longtemps⁹. Alors qu'elles sont encore majoritaires à devoir assumer les enfants et leur travail, qu'elles sont de ce fait beaucoup plus souvent en état de stress chronique¹⁰, que leurs conditions salariales et d'avancement continuent d'être en dessous de celles de leurs congénères, elles sont de plus en plus à préférer vivre seules qu'avec des hommes qui ne les respectent pas ou qui les traitent mal en exerçant sur elles des violences qui ne sont en aucun cas l'apanage d'un milieu socio-économique particulier¹¹. Beaucoup d'hommes encore externalisent leur mal-être en recourant à l'agression verbale ou physique, aux rapports sexuels, à la privation de communication ou aux départs brutaux, en utilisant les substances, en commettant des passages à l'acte violents les conduisant en prison¹², et finissent par mourir par suicide plutôt que de se résoudre à consulter ou à se faire aider¹³.

Des diagnostics de dépression à la tête du client

Avec ces représentations d'un autre temps sur les émotions des uns et des autres, qui nous desservent tous, on a tendance à surdiagnostiquer les dépressions chez les femmes. Dès qu'elles manifestent une tristesse légitime par exemple, elles se retrouvent avec des diagnostics intempestifs¹⁴ et des prescriptions de psychotropes pour lesquels elles ont davantage d'effets secondaires¹⁵. À l'inverse, on pense moins à chercher les dépressions chez les hommes parce qu'on leur a appris à réprimer leurs larmes et à manifester essentiellement des pensées sans affects. Du coup, ils vont jusqu'au point de non-retour.

Les femmes ont bien plus le réflexe que les hommes de s'inscrire dans une démarche de psychothérapie, qu'elles mènent plus souvent à bien¹⁶. Quand les hommes sont motivés à la chose et qu'ils bénéficient d'une thérapie adaptée, l'efficacité est la même que chez les femmes¹⁷. Il n'y a pas de différence innée ou structurelle. Les différences sont acquises et le fruit d'une éducation aux émotions ou de son absence.

GÉNÉRATIONS

Et si on arrêta de faire toujours plus de la même chose

À force d'entendre des récits de vie, j'ai observé des récurrences dans les parcours et notamment des similarités dans le rapport aux traumatismes et à l'attachement des générations qui nous ont précédés.

Ce qu'ont enduré nos aïeux

La biographie de nos grands-parents a été marquée par deux guerres mondiales ; des hommes prisonniers envoyés au front. Blessés, prisonniers, fugitifs, résistants ou collabos, la plupart sont revenus meurtris. On tirait sur des êtres humains, on se faisait tirer dessus, on vivait dans la peur, la soumission, le danger permanent, la mort. On faisait cela au nom du patriotisme, avec la volonté de déployer le courage suffisant pour protéger les siens d'un ennemi désigné. On mettait en avant l'honneur et on jugeait les méritants en partie sur leurs capacités d'endurcissement. À quelques rares exceptions près, il n'y a jamais eu de reconnaissance concrète. Ces hommes ont vu leur vie basculer et ont dû reprendre le cours de leur existence comme si de rien n'était. On a

distingué les héros et les lâches. Ce qui a fait gagner la guerre, c'était l'éducation à l'obéissance et à l'esprit grégaire – il est hors de question de manifester de la sensibilité si l'on veut gagner une guerre. Alors qu'ils faisaient face à des choses effroyables, ces hommes ont dû réprimer ce qu'ils ressentaient. Il n'y avait pas de détection des états de stress post-traumatique. Face aux reviviscences traumatiques, la plupart des hommes ont cherché des exutoires et ont eu tendance à boire, à s'étourdir avec des relations sexuelles, tarifées ou non, bref, à chercher des manières de s'apaiser à court terme. Au retour des guerres, ces hommes traumatisés sont souvent devenus des taiseux malades ou des hommes violents. De leur côté, la plupart des femmes, qui n'avaient ni le droit de vote ni de compte en banque, et dont on avait négligé l'instruction se sont retrouvées seules à élever les enfants, à protéger et faire tourner le foyer. Par ailleurs, elles ont continué de faire fonctionner les exploitations, les usines et elles ont prodigué des soins dans les hôpitaux. Elles ont pu déployer de l'autonomie et avaient paradoxalement plus de liberté. Lorsque la guerre a été finie, on les a renvoyées dans leurs foyers, on a tondu celles qui avaient eu des histoires avec l'ennemi, et on a de nouveau séquestré les autres au sein des foyers où elles n'avaient pas plus de reconnaissance ni de salaires qu'avant la guerre. La plupart des couples dysfonctionnaient puisque les femmes avaient peu de droits et les hommes ne bénéficiaient d'aucun soin, ce qui aurait permis sinon de pouvoir revivre normalement, du moins d'évacuer une partie du mal-être autrement qu'en blessant ses proches par agression ou par négligence, deux revers d'une même médaille.

Cette génération éprouvée par la guerre a élevé ses enfants à la dure. Ce qui avait compté pendant la guerre, c'était de se battre et de survivre. Ce qui comptait désormais c'était de manger et d'avoir un toit au-dessus de la tête. On a reproduit ce qui avait permis aux aînés de tenir. Cette nouvelle génération n'avait pas le droit de parler à table, était envoyée en pension, recevait des coups et des châtements, n'avait pas à se plaindre : « Ils n'avaient pas vécu la guerre », leur rétorquait-on.

Ce que nous avons enduré

Ces jeunes ont voulu se libérer. Ils ont profité du vent de liberté soufflé par l'Amérique. Ces enfants devenus adultes, desséchés par les traumatismes de leurs parents, ont voulu s'opposer à eux et ont reproduit le même modèle à leur façon. Comme leurs parents, ils se sont détachés de l'affectif. La sexualité a été dissociée de l'amour. Le sexe est devenu prescrit, une sorte d'obligation. S'est ensuivi un consumérisme sexuel, une perte du sens des responsabilités par rapport aux enfants. La contraception balbutiait, on a laissé les enfants se débrouiller seuls, on les a peu choyés. Au moment où ils avaient le plus d'affection et d'entourage, on a envoyé valser le couple et oublié de verser les pensions alimentaires. L'essor économique des Trente Glorieuses a donné aux personnes qui réussissaient professionnellement, dont les parcours étaient ascensionnels, un sentiment de contrôle et de toute-puissance les amenant à penser que leur réussite était uniquement liée à leur mérite et à leurs qualités intrinsèques et ne devait rien à une conjoncture favorable. Ils se sont mis à donner des leçons de réussite au reste de l'humanité : « Quand on veut, on peut. »

Les guerres idéologiques se sont poursuivies. On a continué de chercher à départager les bons des mauvais. Les partis politiques fonctionnaient dans les oppositions. À droite ou à gauche, on s'arrogeait assez facilement le monopole du cœur. C'était aussi l'époque où l'on se moquait de la pudeur que l'on taxait de pudibonderie. Face aux émotions ou aux réactions des enfants, on donnait des leçons, on leur demandait d'en avoir honte ou de les taire. On comparait leur sort à ceux des plus nécessiteux, leur apprenant ainsi à se sentir coupables de ce qu'ils ressentaient. Avec une ingénierie argumentative admirable, au prétexte qu'il était interdit d'interdire et qu'il fallait désormais considérer les enfants comme des personnes, des adultes de tous les milieux ont banalisé, voire prôné, les relations sexuelles avec eux si ceux-ci y « consentaient¹ ». C'était donc l'époque des attouchements et de la sexualité sur les enfants. Cela a donné lieu aux drames et aux révélations que l'on sait². Aujourd'hui, après avoir des siècles durant considéré que l'enfant oublierait et que c'était sans gravité³, on prend

enfin la mesure des ravages psychologiques et sur la santé globale de ces crimes⁴.

Ce que nous faisons à nos enfants

Cette génération a grandi, elle aussi a eu des enfants. Elle n'a pas voulu reproduire ce qu'elle avait subi. Elle a placé ses enfants au centre, s'est dévouée à sa progéniture. Ces parents ont été extrêmement attentifs aux émotions de leurs enfants. Et pourtant ne cessent d'apparaître des diagnostics qui n'existaient pas : l'hypersensibilité des surdoués, les hyperactifs, les troubles de l'attention, les phobiques scolaires, les troubles du développement, les troubles sur le spectre de l'autisme, comme l'Asperger... des catégorisations qui se répandent et qui, trop facilement brandies, finissent par perdre de leur sens et par laisser à la marge les personnes vraiment concernées. Cette génération de parents, dont je fais partie, a essayé de combler auprès de ses propres enfants les carences affectives et émotionnelles qu'elle-même a subies. La plupart d'entre eux ont reçu beaucoup d'attention, de soins, d'amour jusqu'à être surprotégés. On a tenté de leur éviter toute émotion négative et de réparer chez eux des manques dont nous avons souffert. Et on observe des Tanguy qui, pas uniquement pour des raisons économiques, ont du mal à quitter le foyer, des difficultés à s'engager pour leur propre vie, des manifestations fréquentes d'indignation, une compassion bruyante pour les autres, mais ciblée et très sélective. Pour le reste, souvent, ils disent qu'ils ont « la flemme ». On voit se dégager de nouveaux profils dont le rapport aux émotions est également perturbé et perturbant.

GRANDIR

Du problème des enfants

A-t-on tiré les leçons des écueils des précédentes générations ? À vouloir trop bien faire, n'a-t-on pas créé d'autres formes de ravages ? Les enfants sont effectivement des personnes et à ce titre méritent d'être aimés, écoutés et respectés dans leur intégrité physique et émotionnelle. Mais pas plus sur le plan sexuel que sur le plan émotionnel et cognitif, l'enfant n'est un adulte. Il en va de même pour le consentement sexuel que pour le consentement tout court. Il ne peut être donné et on ne doit pas l'attendre d'un enfant dont le cortex *préfrontal* (celui du recul, des décisions, de la hiérarchisation, de la planification, de la comparaison, de la régulation des émotions) ne sera mature qu'à partir de l'âge de 25 ans. L'enfant peut être consulté, mais le placer dans la position de devoir décider des lieux de vacances, du contenu du repas, du partenaire avec lequel on s'installe ou non, de la décision de se séparer ou pas, c'est le condamner. C'est mal le traiter par peur du déploiement de ses émotions et c'est surtout méconnaître le fonctionnement et les particularités de son cerveau. C'est lui mettre une charge sur le dos qu'il ne peut pas porter. C'est risquer d'en faire une personne sans empathie, égocentrique, détestée par les autres, incapable de faire face aux vicissitudes de l'existence. Il serait particulièrement dommageable de retomber dans l'autoritarisme d'antan dont les effets ont été dramatiques. En revanche, est-ce qu'on ne prémunirait pas davantage son enfant, est-ce qu'on ne

l'aiderait pas à grandir si on apprenait à tolérer sans réagir (ni sans agir à sa place) aux manifestations parfois bruyantes de ses sentiments de frustration, de peurs ; si l'on était moins effrayé par ses émotions ou moins interventionniste comme on peut l'être quand, à la moindre manifestation, on l'emmène voir un psy ou un médecin¹ ? Un enfant ne fait pas ce qu'on lui dit, mais imite généralement ce que fait son parent. Si son parent sait s'accorder quelques instants pour respirer, nommer ses émotions, y prêter attention, et donc réguler ce qu'il ressent, l'enfant se calquera sur ce qu'il voit.

HISTOIRE DES ÉMOTIONS¹

Oui, elles en ont une

Dans l'Antiquité, le mot « émotion » n'existait pas. On parlait de « passion » qui vient de *pathè* (Aristote). De *pathè* à « pathos », terme que l'on utilise de façon péjorative pour disqualifier un partage de ses sentiments qui paraît excessif et feint, il n'y a pas loin. À l'époque, on valorisait les manifestations de colère chez les hommes. Elle était vue comme un moyen de nourrir leurs quêtes de pouvoir et d'ascendance ; colère suprême considérée comme manifestation de puissance, de pouvoir et d'efficacité. Chez les Grecs, les manifestations de colère, *a priori* viriles, ainsi que la soif de vengeance étaient assimilées à la masculinité et normalisées, y compris quand elle s'assouvissait sur les plus faibles. Chez les femmes, c'était moins le cas. Quand elles en manifestaient, on les désignait comme irascibles. Dans les fictions, les femmes en colère étaient décrites comme des folles, des meurtrières, d'abominables créatures. Systématiquement, leur colère était délégitimée. Chez l'homme, la colère était vue comme une « capacité de jugement », chez les femmes, elle était considérée comme une « sauvagerie ». L'homme avait le droit de la manifester en public et, ce faisant, d'embarquer les foules.

Ils sont fous ces Romains

D'Aristote, au IV^e siècle avant J.-C., jusqu'à Gallien, au II^e siècle de notre ère, les « sages » portaient des jugements sur certaines émotions nommées « erreurs » ou « maladies de l'âme » – notamment la colère, la crainte, le chagrin, l'envie, le désir excessif –, les cataloguant comme des facultés déviantes chez l'individu qui les vivait. On disqualifiait particulièrement la tristesse et les larmes des femmes alors que, par exemple, dans *l'Iliade* et *l'Odyssée*, les larmes des hommes étaient considérées comme « chaudes et fécondes ». D'ailleurs, pour les hommes, elles pouvaient être publiques, confirmant le statut héroïque de celui qui les versait. On assistera ensuite à un renversement avec Platon qui, dans *La République*, considérera que les larmes sont à proscrire pour les hommes puisqu'il les percevait comme l'apanage « des faibles et des lâches ».

Paradoxalement, du temps des Romains, on associait l'empire sur soi ou la maîtrise froide à la virilité. Pour Sénèque, l'homme de haut rang se maîtrisait, la femme, l'esclave et l'étranger s'égarait. Des penseurs patentés – considérés encore comme des sages – établissaient une hiérarchie entre les êtres concernant les émotions. De l'observation des femmes auxquelles on laissait le soin des morts et des malades, on concluait que « le même deuil affecte une femme plus qu'un homme, un barbare plus qu'une personne civilisée, un ignorant plus qu'une personne instruite ». On reprochait donc l'« excès » d'émotions, le pensant structurel, inhérent à la nature féminine, plutôt que d'attribuer l'intensité émotionnelle au contexte culturel et à la place qu'on laissait aux femmes. Dans des situations où l'on vous laisse la charge de l'incontrôlable, forcément, on est plus affecté.

Deux poids, deux mesures selon le sexe

Pour les femmes, les larmes devaient se verser en privé, et elles étaient perçues comme la preuve de leur faiblesse constitutive. Pour Plutarque, un précurseur dans l'égalité hommes-femmes, une femme « honnête » devait épouser les émotions de son mari, mais surtout ne pas en manifester de négatives au sein de la relation avec lui. Quand on lit les attentes émotionnelles sur les sites de rencontres du type « cherche partenaire positive sans prise de tête », qu'on observe les arrêts de relation à la moindre critique, même constructive, on peut s'interroger sur la profondeur des changements depuis les propos du penseur visionnaire de la Rome antique. Je dis ça sans jugement et en toute bienveillance 😊.

Deux poids, deux mesures selon son rang social

Le mot « émotion » est apparu au ^{xvi}^e siècle. Au ^{xvii}^e siècle, l'homme de cour devait se dominer, être serein ; quelles que soient les circonstances, il ne devait manifester aucune émotion. On prônait l'impassibilité ou la dissimulation. La Bruyère écrivait à ce sujet : « Les roues, les mouvements, les ressorts sont cachés. » La dissimulation et la répression des émotions sont restées des signes de force, de virilité, de classe sociale. On l'observe encore dans l'univers bourgeois du ^{xix}^e siècle. Le père Goriot chez Balzac figé dans la volonté de maintien d'un masque social, mais totalement inconscient des forces qui le meuvent, se fait rattraper par elles et se perd complètement en raison de l'amour pour ses filles.

Au cours des siècles, la répression, la méconnaissance ou le déni de toute émotionnalité ont souvent été des signes de classe ou de distinction. Aujourd'hui, pour renverser cela, on a tendance à basculer dans une surexpression émotionnelle (ici) et à adopter des positions prescriptrices de bonnes émotions (ici) et moralisatrices sur les mauvaises (ici). Faute d'une éducation universelle et précoce sur l'intérêt d'une attention portée à l'intériorité,

cette opposition entre les partisans du tout émotionnel avec ses excès, ses passages à l'acte, ses emportements, et les tenants du rien émotionnel avec leur rapport condescendant aux émotions toisant le reste de l'humanité jugée irrationnelle, illogique, jouet de forces obscures, amène à de moins en moins de cohésion entre les êtres humains et a des conséquences sanitaires et sociales dramatiques. Vivement que ça change.

HUMOUR

« Non, c'est pas drôle »

Il faut avoir de l'humour, il faut être léger, il ne faut pas prendre les choses au tragique, il faut apprendre à rire de tout, il faut s'amuser... La personne qui vous parle, elle, a de l'humour. Personnellement, quand quelqu'un prétend qu'il a de l'humour, je ne ris jamais de ce qu'il raconte. Avec tout ça, qu'est-ce qu'on s'amuse... enfin, si le rire jaune a sa place dans la catégorie « amusement ». Bref, je me demande parfois si l'on n'est pas entré dans une forme de dictature de l'humour. Et si l'on mettait l'humour à l'examen...

Le rire au microscope

Grâce à la *gélologie*, née au ^{xxi} siècle, le rire est devenu un sujet d'étude : son type, ses effets. La discipline relève de la psychologie, de la médecine, de la sociologie, de l'éthologie, de l'anthropologie, de la philosophie, de l'histoire : le gélologue doit bien rigoler. Il n'y a pas « un » humour, mais plusieurs formes d'humour. Dans le cadre d'études scientifiques ont été distingués quatre types d'humour :

- L’humour peut revêtir des fonctions différentes ; il peut être *affiliatif*, sa fonction est alors de créer de la proximité ou bien il peut viser l’autoamélioration en développant un regard décalé sur l’existence.
- Dans son objet, il peut être tourné vers l’extérieur ; agressif quand il cible l’autre pour s’en moquer, verser dans le sarcasme, la dérision, l’acidité, voire le cynisme – sport français souvent jubilatoire –, ou alors être orienté vers soi. Il est autodépréciatif quand on se moque de soi en se débinant.

Rire de soi pour faire rire les autres serait un moyen de créer de la proximité et du lien, affirment certaines études, pour ajouter ensuite que rire de soi pour faire rire les autres serait surtout un masque social associé à un déni de ses émotions négatives¹, et plus ou moins associé à de l’alexithymie ([ici](#)), à un haut niveau de répression de sa colère et enfin serait une façon de cacher son anxiété². Bref, rire de soi serait l’apanage des gens mal dans leur peau. Ces conclusions ont été tirées d’études effectuées uniquement à partir de questionnaires.

Or, quand on observe les personnes pratiquant l’autodérision dans des situations du quotidien et dans la vraie vie, on s’aperçoit qu’il est possible d’y avoir recours indépendamment de toute émotion³ et que ce n’est pas parce que l’on sait se moquer de soi-même qu’on ne s’estime pas ou que l’on n’a pas « confiance en soi⁴ ». Contrairement à ce que l’on pense, apprendre à rire de soi peut permettre d’aller mieux⁵ et d’autant plus quand on n’a pas confiance en soi, car c’est un moyen d’accepter, sans se braquer, ses « faiblesses » et ses imperfections. De plus, cela contribue à briser la glace. Rire de soi huile les liens parce qu’ainsi on ne met pas autrui sur la défensive⁶.

Le rire comme traitement ?

Des études (essentiellement anglo-saxonnes) recommandent pour la santé mentale un humour où l’on extrait de la situation quelque chose de comique sans se mettre à mal ni mettre à mal les autres. Des exemples ? Cette image d’une

statue, celle de *Prométhée attaché sur le mont Caucase*, du xvii^e siècle, de Nicolas Sébastien Adam avec comme commentaire : « Putain de housse de couette ! » C'est amusant, car ça vise l'universel, beaucoup ayant fait l'expérience désagréable d'être seul et empêtré pour changer ses draps. On est sur une pratique qui ressemblerait à de l'humour anglais. (Penser à vérifier que la santé mentale des Anglais est meilleure que la nôtre.)

Rire distrait de ses ruminations, oblige à une interprétation moins négative des situations et, *de facto*, à une prise de distance avec l'adversité⁷. En gros, il vaut mieux rire que broyer du noir. Quelle surprise ! Du coup, on s'est mis à prescrire l'humour tous azimuts démontrant que les effets bénéfiques de l'humour pouvaient outrepasser les bienfaits du sport. Se regarder des vidéos amusantes pendant vingt minutes réduit davantage l'anxiété, le stress et la fatigue⁸ – quand je pense que je gronde mes enfants qui sourient devant leurs écrans –, davantage que de regarder des vidéos « neutres » (en même temps, je ne sais pas trop ce que c'est une vidéo neutre). Il est intéressant de sortir du tout ou rien : faire face à ses émotions et apprendre à pleurer, c'est bien, mais se distraire, ça fait du bien aussi. Si la mémoire de travail, à la capacité de stockage limitée, est occupée à pouffer, elle ne pourra pas se mobiliser sur d'autres fronts. Par la force des choses, l'attention et donc la mémoire se désengagent des informations qu'elles sélectionnent habituellement et qui participent de l'humeur triste⁹ : quand on a le bourdon et que l'on marche dans la rue, on rentrera chez soi en ne se souvenant que de la scène où on a été bousculé alors que si, tout aussi cafardeux, on est distrait par un texto amusant de sa sœur, on se souviendra plus facilement du moment où un inconnu souriant nous a tenu la porte dans le métro, même si ce souvenir n'est pas raccord avec la morosité de notre humeur initiale.

Pétri d'intentions louables, on s'est mis à indiquer l'humour comme traitement de la dépression, avec pour consigne, quand on avait le cafard, de réévaluer humoristiquement les situations... Une sorte d'injonction supplémentaire à la positivité pour se sentir davantage en échec¹⁰ ? Dans une étude, l'instruction donnée aux personnes auxquelles a été montrée une batterie d'images avec des scènes difficiles était de commenter la situation de façon

drôle et de reconstruire sa signification de façon subjectivement amusante. Les évaluateurs ont ensuite codé les réponses des participants. Ceux qui avaient réévalué humoristiquement les images dans un sens « bienveillant », c'est-à-dire en exprimant quelque chose d'universel, de sympathique et de tolérant, se focalisaient sur les imperfections de la vie et de la nature humaine ou sur l'absurdité de la situation. Ils pratiquaient un humour dit « positif ». En revanche, ceux qui étaient dans la dépréciation, la malveillance, l'agressivité, le dédain, la moquerie ou l'hostilité étaient distingués des précédents et labellisés adeptes d'un humour « négatif ».

Contrairement aux attentes des expérimentateurs, les effets de l'injonction à la réévaluation avec humour se sont avérés moins bénéfiques que ce à quoi ils s'attendaient. Les personnes déprimées se sont montrées peu sensibles aux outils positivistes tels que l'humour bienveillant, pas plus que n'a eu d'impact l'incitation à se souvenir de bons moments¹¹ – conseil souvent donné par la tante Jacqueline qui croit bien faire.

A contrario, repousser ses pensées et ses sentiments hors de son esprit (stratégie souvent déconseillée par les psys) présentait plus de bénéfices¹². Il a également été observé que l'usage de l'humour dit négatif pouvait avoir des effets adaptatifs en particulier chez les personnes qui traversent des situations tragiques comme les soignants¹³ ou les survivants de catastrophe¹⁴. Il apparaît donc qu'en cas de dépression, on a plus de bénéfices à pratiquer un humour négatif qu'un humour positif (*exit* l'injonction à la bienveillance, *ici*). Cela peut se comprendre si on s'appuie sur le fait que l'humour négatif encouragerait à sortir de l'interdiction intérieure à être hostile en s'appuyant sur le fait que la dépression a longtemps été considérée comme une colère retournée contre soi où l'on préfère s'en vouloir et se blâmer plutôt que de critiquer et d'en vouloir aux autres¹⁵. La colère appartient au pool des émotions normales dont, au même titre que la peur, la joie et la tristesse, nous faisons tous l'expérience¹⁶ ; ainsi, l'humour hostile, pour certaines personnes, pourrait donc être considéré comme un début de rémission d'une forme de phobie ou de répression exagérée de la colère.

Enfin, l'injonction à rire n'améliore pas la dépression¹⁷. Il est donc contre-productif d'enjoindre à l'humour quelqu'un dont les émotions négatives sont intenses, qui manque de motivation et qui se sent inutile¹⁸. Quand on interpelle une personne qui va mal en lui conseillant de prendre les choses avec humour, on ne fait que l'enfoncer.

Black humor

Et l'humour noir alors ? Cet humour qui s'amuse de situations terrifiantes ou dramatiques est souvent utilisé comme stratégie pour faire face notamment par les travailleurs sociaux, les policiers, ceux qui explorent les scènes de crimes¹⁹. Est-ce que pratiquer l'humour noir dans ces situations aide à composer avec la tragédie ? L'humour noir s'observe par exemple chez des médecins confrontés quotidiennement à des morts soudaines et traumatiques²⁰. C'est un humour entre soi censé créer ou renforcer la cohésion au sein du groupe, tout en excluant les personnes non exposées, supposées inaptes à prendre la mesure de la gravité des situations auxquelles ils sont exposés²¹. Il semblerait que l'usage excessif de cette forme d'humour indique une détresse psychologique. Et que plus on le pratique, plus cela signifierait l'existence d'un stress traumatique secondaire (STS), c'est-à-dire qu'à force d'y être exposé, on est traumatisé par les traumatismes des autres. Les études concluent que l'utilisation excessive de l'humour noir serait nocive et le signe de frustrations et d'émotions refoulées. On peut donc considérer que le recours croissant à ce type d'humour, par exemple par un collègue qui fait face chaque jour aux conséquences de l'exploitation sexuelle des enfants, doit amener à suspecter un STS²². C'est un signal d'alarme soulignant que la personne qui le pratique est en train de basculer et qu'elle est dépassée émotionnellement par la situation. La réduction du risque de traumatisme secondaire passe surtout par la qualité du support social donc des liens avec les autres.

Enfin, cet item « Humour » est probablement le plus sinistre des thèmes abordés dans ce recueil. Les injonctions émotionnelles de toute nature sont nocives. L'humour, le rire peuvent émerger spontanément, mais ils ne sont certainement pas à prescrire. Même si l'humour s'inscrit dans la culture, même si face aux drames, on peut être entraîné à rire pour ne pas pleurer²³, on peut se demander si, parfois, il ne faudrait pas mieux pleurer. Si Simone Veil avait été une rigolote, si elle n'avait pas tant pris les choses à cœur, si elle n'avait pas été choquée et touchée, se serait-elle autant battue, aurait-elle mené à bien son combat pour les droits des femmes ?

INTÉROCEPTION

Quand on ne parvient pas à se sentir

On en parle peu et pourtant ne pas se sentir est associé entre autres à l'obésité, au diabète, à des difficultés d'apprentissage, aux paniques, à la dépression, à la schizophrénie, aux troubles obsessionnels compulsifs, à l'alcoolisme, aux abus de substances et de médicaments¹ et plus généralement au stress, aux troubles anxieux, au syndrome de stress post-traumatique, aux douleurs². Ne pas se sentir, c'est se mettre à mal. C'est se priver de mécanismes naturels de régulation. Quelqu'un qui ne se ressent pas, dans un intérieur surchauffé, va rester trop couvert et ne pas penser à s'hydrater. Cette personne qui se fie à sa tête, qui lui délivre l'information générique qu'en hiver il fait froid et qui ne prête pas attention à ses sensations physiques profondes, ne va donc pas ressentir profondément l'inconfort lié à l'excès de chaleur, ni la soif qui l'aurait amenée naturellement à se découvrir et à boire de l'eau. En fonctionnant avec son savoir, mais pas avec l'*intéroception*, elle risque une déshydratation avec son cortège de maux de tête, de malaise, de fièvre... stade auquel elle affirmera qu'elle n'a aucun problème pour sentir, la preuve, elle sent son mal à la tête.

Ressentir en profondeur

On est souvent persuadé de bien sentir alors que ce n'est pas si simple. On ressent souvent superficiellement et mal, c'est-à-dire avec une perception intellectualisée, mais pas vraiment sensorielle, instantanée et profonde. L'*intéroception*, c'est la perception profonde de ses états corporels internes aux endroits des poumons, de l'estomac, des intestins, vides ou à vider, des battements de cœur, des reins, de l'état de réplétion de la vessie, de la peau, des douleurs... C'est la cartographie dans l'instant du cerveau de l'état interne du corps et des organes viscéraux³. Il y a des régions du cerveau dévolues à ce processus⁴. Et une connectivité altérée dans ces zones cérébrales accompagne généralement des conditions où la reconnaissance de ses émotions et de celles des autres est endommagée.

Pour savoir si on sent bien, on peut réfléchir à ses antécédents : si on s'est déjà automutilé par exemple, c'est-à-dire si on s'est fait volontairement mal pour tenter de ressentir quelque chose ; ou bien si on a été coutumier de comportements perçus par l'extérieur comme dangereux. On peut aussi par exemple observer la couleur de ses urines. Si elles sont systématiquement sombres, c'est le signe que l'on ne sent pas assez le besoin de s'hydrater.

L'intéroception est souvent altérée chez les personnes qui n'ont pas conscience ni de leurs émotions ni de celles des autres, chez les personnes qui ne reconnaissent pas leurs émotions (les alexithymiques)⁵, chez les personnes qui ont subi des traumatismes directs ou transgénérationnels et chez les personnes sur le spectre de l'autisme. Chez ces dernières, en panne de relations avec de la réciprocité, qui communiquent peu ou mal et qui ont tendance à se focaliser sur un champ d'intérêts et d'activités restreint, stéréotypé et répétitif, la *précision intéroceptive* est basse alors que la *sensibilité intéroceptive* c'est-à-dire la confiance dans leur capacité à se sentir est haute⁶.

Les mots pour savoir de quoi on parle

On distingue effectivement plusieurs dimensions à l'intéroception :

- La *précision intéroceptive* qui correspond à la confrontation de son estimation interne avec une mesure objective par exemple du nombre de ses battements de cœur. Dans la *Heart Beat Detection Task*⁷, sur des intervalles irréguliers, connus seuls de l'évaluateur, on est incité à sentir et à compter ses battements de cœur. On compare ensuite le niveau de correspondance entre la mesure réelle et sa propre évaluation. Une correspondance entre les deux va de pair avec une bonne conscience émotionnelle⁸ donc de soi ([ici](#)). En début de thérapie, il m'arrive de demander aux personnes de fermer les yeux et de m'indiquer si elles ressentent leurs battements de cœur. Quand la réponse est non, c'est pour moi l'indice d'expériences émotionnelles qui ont bloqué le système d'intéroception, expériences souvent traumatiques même si elles ne sont pas étiquetées comme telles par la personne dissociée (coupée d'elle-même) qui consulte. Quand, en fin de thérapie, on a amélioré l'*acuité intéroceptive*, les personnes sentent généralement leurs battements de cœur et les symptômes qui ont amené à consulter sont moins intenses⁹.

- La *sensibilité intéroceptive* est le niveau de confiance en ses facultés à ressentir ce qui vient du corps en déterminant par exemple un pourcentage : à combien est-ce que j'estime la confiance que j'ai dans mes aptitudes à ressentir. Il arrive que l'on soit persuadé que l'on n'a aucun problème à sentir ses sensations internes, donc que l'on a une forte *sensibilité intéroceptive*, mais sans *précision intéroceptive*. C'est souvent le cas quand on a éprouvé de fortes sensations douloureuses, notamment dans des moments d'angoisse. On ne se souvient que d'elles. On se met à focaliser son attention sur la région du corps concernée, avec de plus en plus d'appréhension et l'intensité du phénomène a tendance à s'accroître, ce qui conforte faussement dans l'idée qu'on sent bien. Or c'est souvent parce qu'on n'a pas appris à prêter attention à ses sensations profondes qu'on en arrive à ce stade et à cette intensité.

La mauvaise nouvelle (ou la bonne, ça dépend de ses références), c'est qu'en apprenant à ressentir on aura des émotions plus intenses¹⁰. La bonne, c'est qu'en ressentant davantage ses sensations et son inconfort associé aux émotions, on va s'orienter spontanément vers des décisions plus rationnelles. Contrairement aux idées reçues, c'est en acceptant de ressentir ses émotions que l'on parviendra à

plus de rationalisation¹¹. C'est en évitant d'en faire l'expérience que l'on prendra de mauvaises décisions et que l'on sera embringué malgré soi dans des pensées rigides et irrationnelles et dans des comportements dommageables¹².

Quand on a peur de ses sensations profondes

Ce qu'il faut retenir, c'est que la plupart des difficultés psychologiques sont reliées à une *phobie intéroceptive*, c'est-à-dire une peur des sensations dans le corps. Alors que les émotions sont des phénomènes récurrents, normaux et utiles pour s'ajuster aux difficultés de l'existence, souvent à cause d'expériences passées traumatiques, mais non repérées (et donc non accueillies) comme telles, on reste en stress chronique. Dans le stress chronique, la branche du système nerveux autonome appelée branche sympathique fonctionne sans cesse et à plein alors que la branche du relâchement appelée branche parasympathique est en hypoactivité. La branche du relâchement se remet en marche quand on ressent de façon détaillée ses sensations et qu'on est capable, moment après moment de les décrire avec finesse. Quand on souffre de *phobie intéroceptive*, dès que l'on perçoit un début d'émotion avec les sensations qui l'accompagnent, on interprète cela comme un signe anormal de danger annonçant une catastrophe, ce faisant, en ajoutant de l'émotion sur l'émotion, on se stresse davantage, ce qui augmente les sensations, ce qui renforce la croyance et on s'enfonce dans la panique. Dès lors, les alertes que constituent les émotions ne servent plus à rien. Faute d'être accueillies, nommées et ressenties¹³, elles s'empilent les unes sur les autres sans jamais qu'il n'y ait de relâchement. Quand on évite de sentir, faute d'activation des deux parties du cerveau appelées *cortex cingulaire antérieur* et *insula* en charge de la production de comportements naturels et spontanés qui amélioreraient les choses, on augmente toujours plus son stress, ses problèmes physiques et sa charge mentale.

Comment apprendre à sentir ?

Pour sortir de ces cercles vicieux, il faut apprendre à laisser se déployer l'intensité des sensations jusqu'à un pic avant que le relâchement puisse apparaître. Prévoir au départ des temps d'exercice de trente à quarante minutes, en moyenne vingt minutes pour la montée au pic d'intensité, trente minutes pour le plateau et commencer à sentir la décrue. Il faut progressivement domestiquer son attention. Apprendre à se focaliser sur ses sensations plutôt que sur ses ruminations pour améliorer la tolérance et la reconnaissance fine de ses sensations. L'attention va souvent partir dans les pensées, pour tenter de contrôler, réactivant la branche sympathique du système nerveux (celle du stress). Cela se sent au front qui se plisse, au pli qui se forme entre les sourcils. On a tendance à surcontrôler et à éviter de ressentir parce qu'au départ, quand on ferme les yeux, cela augmente l'intensité des sensations douloureuses. Mais si on les laisse se déployer, on s'aperçoit que cette intensité atteindra finalement un pic et finira par décroître. Cette courbe en cloche d'une durée totale de quarante minutes est très importante à avoir en tête, quel que soit le travail effectué sur ses sensations ou sur ses émotions. Plus on va pratiquer ces entraînements, moins on va avoir peur de ce que l'on ressent et plus on va observer des changements dans ses pensées, ses émotions, ses comportements et ce légèrement en différé. Mais pour ne rien cacher, sur le coup, faire ça, c'est rasoir. On a le sentiment que cela ne sert à rien, voire que ça décuple notre stress et notre tension intérieure. Au départ. En revanche, plus on va augmenter la qualité de l'intéroception, plus on observera de changements que l'on attribuera rarement à ces exercices. On les considérera comme des coïncidences. Sauf qu'il y en aura davantage qu'auparavant.

Voici une série d'exercices inspirés par différentes approches pour pallier cette phobie. Ils sont proposés par ordre graduel de difficulté. L'exercice de base est la « respiration automatique » ([ici](#)), c'est-à-dire l'entraînement quotidien sur environ cinq minutes les yeux fermés consistant à suivre les mouvements de son souffle, sans chercher à les modifier sur quatre points successifs : le nez, les côtes, le ventre puis la région du cœur. Il est mieux de s'y être entraîné avant de

commencer les exercices suivants. Les exercices A, B et C ci-dessous peuvent être utilisés le plus souvent possible, idéalement quotidiennement en augmentant progressivement la durée de l'exercice. Il est utile de s'exercer cinq minutes chaque jour. Et on peut envisager une longue séance bihebdomadaire, ou plus, en fonction de ses besoins. L'exercice D ci-dessous est indiqué quand on est pris par une émotion qui nous semble excessive par rapport au contexte, ce qui est le signal d'une reviviscence du passé que l'on va alors travailler à « déraciner ». La durée optimale de cet exercice est alors de quarante minutes.

A. Liste des sensations : 5 minutes par jour pour apprendre à sentir

1° Se munir d'un papier et d'un stylo. Fermer les yeux, soupirer par le nez la bouche fermée (comme quand on est soulagé ou à l'inverse qu'on en a ras le bol) et lister, en commençant par le sommet du crâne et en descendant jusqu'au pied, *tous les endroits d'inconfort*. Cela peut aller de la simple gêne à une douleur très intense. Essayer, pour chacune de ces sensations, de la décrire précisément : est-ce que ça tord, ça brûle, ça appuie, ça pèse, ça aspire, ça étouffe ?, jusqu'où va la sensation, est-ce qu'elle reste localisée ou est-ce qu'elle irradie et, si oui, où. Quelle forme a-t-elle ? Mettre une note d'intensité de 1 à 10 pour chaque sensation décrite.

EXEMPLE. J'ai une sorte de ballon dans la tête, qui me prend toute la calotte crânienne, qui irradie dans les mâchoires, qui tire et appuie sur les yeux et les tempes. La sensation est forte à 6/10. Mes mâchoires sont crispées dans leur partie basse à 5/10. J'ai mal à la nuque, ça fait comme un rectangle à l'arrière, ça chauffe et ça tire à 4/10, mes épaules sont lourdes et ça me tire dans les muscles sur toute la largeur des épaules à 6-7/10...

On peut aussi laisser monter un « sens corporel » global¹⁴, c'est-à-dire que l'on essaie de percevoir l'ensemble des sensations inconfortables du corps et on laisse venir un mot pour décrire cet ensemble. Quand le mot adéquat est venu à l'esprit, on sent par endroits une sorte de relâchement. On garde donc le mot qui entraîne de petits changements dans le corps.

Que ce soit en laissant venir un sens corporel global ou bien en détaillant avec minutie ses sensations, il se peut que l'on observe de petites modifications : la douleur s'étale, se diffuse, change de forme, se concentre... *L'observation de la sensation la transforme subtilement.*

2° Lister avec le même procédé (en fermant les yeux et en soupirant entre chaque repérage) les *zones anesthésiées*.

EXEMPLE. Je sens très peu ce qui se passe dans mon ventre à part un gros ballon dans mon bas-ventre, je n'ai aucune sensation.

3° Lister avec les mêmes pauses respiratoires les yeux fermés, les *zones de confort ou neutres*, c'est-à-dire ressenties, mais non douloureuses.

EXEMPLE. Quand je laisse ma respiration se faire et que je mets mon attention au niveau des ailes du nez, il y a un espace autour du nez où je ne sens pas d'inconfort. Il peut y avoir une zone ou plusieurs. Essayer d'être méthodique et de se poser la question en partant de la tête en allant jusqu'au pied. Penser à sentir les zones d'appui (dos sur le siège, pieds sur le sol, séant sur l'assise...).

*B. Exercice de pendulation*¹⁵

Essayer de sentir, en même temps ou successivement, une zone de confort et une zone d'inconfort pendant 5 ou 6 respirations sans effort.

Noter l'effet sur le type et l'intensité de la zone douloureuse, soyez attentif aux transformations subtiles.

C. Étude de l'effet d'un contact, d'un mouvement ou d'un étirement

Si vous le souhaitez, vous pouvez aussi poser votre main sur la zone douloureuse en essayant de prendre le temps de sentir l'effet de la main sur la zone douloureuse et, en même temps, l'effet de la zone douloureuse sur la main.

EXEMPLE. Je place ma main sur la tension de ma nuque, cela l'atténue et je ressens de la chaleur dans ma main en contact avec la tension. Vous pouvez aussi réfléchir à un mouvement ou à un étirement, le faire et être attentif à ce que ça génère sur la sensation inconfortable sur laquelle vous travaillez. C'est un peu le principe du yoga.

D. « Pont d'affect » et désensibilisation d'un souvenir¹⁶

Pris dans une émotion excessive par rapport à la situation vécue ou bloqué dans un comportement irrationnel dont, malgré toute notre bonne volonté, on n'arrive pas à se défaire, on a tendance à se morigéner et à s'ajouter des émotions négatives en s'en voulant.

On peut alors fermer les yeux, suivre son souffle le temps d'une dizaine de respirations, ressentir l'endroit le plus inconfortable dans le corps, délimiter les contours de la sensation de façon précise en essayant de percevoir la respiration autour. Une fois que l'attention est presque exclusivement dans la sensation, on laisse venir un souvenir, plutôt précoce, alors qu'on était âgé de moins de 10 ans, on réalise alors un « pont d'affect ». On attrape l'image qui vient, on la décrit avec le plus de détails possible, puis on se redemande où on ressent le plus le corps. On délimite les contours de la sensation avec précision puis on revient à ce que l'on voit, on le décrit et on alterne comme ça description des sensations et description des images. Une quarantaine de minutes pour expérimenter la courbe d'intensité avec montée, plateau et début de décroissance. Avec cette pratique, on érode des résidus traumatiques coriaces, on change les conclusions émotionnelles que l'on a tirées d'expériences précoces et l'on constate des changements.

Je me souviens de Camille, plutôt renfermée et hostile qui consultait pour reprendre de l'ascendant sur les autres. Elle refusait d'incriminer ses parents en quoi que ce soit, ce qui peut tout à fait s'entendre. On a pratiqué ensemble cet exercice en partant d'une situation professionnelle dans laquelle elle était sur la défensive et se sentait agressée. L'image qui est venue quand elle a ressenti l'inconfort du corps et laissé venir – sans chercher à y réfléchir les yeux ouverts – le premier souvenir d'enfance qui lui est passé par la tête (pont d'affect) était celui de son chien écrasé alors qu'elle avait 7 ans. Jamais si on y avait réfléchi toutes les deux, on aurait parié sur cet événement. On a fait le travail de désensibilisation tel que décrit. Elle a ressenti un certain nombre de sensations d'inconfort dans le corps à des endroits variables puis de l'exaspération, de l'impatience, puis elle a pleuré. La séance suivante, elle était détendue. Elle avait commencé de nouvelles activités qui correspondaient à ses goûts. Sortant de chez elle et de son hostilité au monde, elle avait appelé une association de protection des animaux pour y faire du bénévolat. Ces changements ne lui sont pas apparus comme étant la conséquence de l'exercice, mais elle a convenu que la temporalité exercice-changements dans les jours suivants alors qu'elle se sentait figée jusque-là était un phénomène troublant.

J'insiste donc sur le fait qu'en faisant ces exercices, on aura le sentiment de perdre du temps. On aurait des choses bien plus intéressantes et utiles à faire. Sauf que faire quelque chose quand on est trop stressé, c'est fonctionner avec des fonctions exécutives en berne et avoir un mauvais rendement. On gagne plus

de temps en perdant cinq minutes à faire le plein qu'en les économisant pour finalement attendre un dépanneur en bord d'autoroute toute une après-midi. Si l'on y est attentif, on va observer, en décalé, des effets sur ses émotions, la rigidité de ses croyances, ses comportements et ses habitudes. Des changements s'opéreront de façon non consciente. C'est après coup, si l'on y est vigilant, que l'on repérera que dans la journée où on a fait ce travail, tout a été plus fluide. Et aussi qu'on aura réagi à des gâchettes habituelles de façon plus adaptée, différente. Il ne faut pas seulement croire à ce que je raconte, mais plutôt en faire l'expérience réellement. Pour cela, on peut comparer son état, ses décisions et ses comportements sans avoir fait ce travail avec son état, ses décisions et ses comportements les jours suivant le recours à cet exercice.

JUGEMENT (SANS)

S'interdire de juger,
c'est renforcer ses préjugés et ses stéréotypes

« Les femmes n'ont jamais rien compris au foot, les Arabes sont des voleurs, les blondes sont cruches, les Noirs sont fainéants, les Juifs ne pensent qu'à l'argent, les coiffeurs sont tous homosexuels... » Voici une série de jugements où l'autre est rangé dans une catégorie que l'on appelle des stéréotypes : pour penser vite (mais mal), on attribue des caractéristiques simplificatrices aux membres de l'*exogroupe*, c'est-à-dire au groupe de personnes étrangères à son propre groupe d'appartenance (appelé, lui, *endogroupe*). Cela génère des préjugés, c'est-à-dire des attitudes négatives vis-à-vis de « ces autres » : on porte un jugement sur l'autre sans même lui avoir adressé la parole ni avoir fait sa connaissance, alors qu'avec les personnes de son *endogroupe* on est davantage dans l'observation, on donne à chaque membre la latitude d'avoir une personnalité distincte. Ainsi, si l'on se sent appartenir à l'*endogroupe* des femmes, on va considérer que sa collègue Julie a été envahissante, que Fanny est plutôt introvertie, que Séverine est généreuse... et, avec les membres de l'*exogroupe* – dans notre exemple : des hommes –, on va faire des amalgames, les réduisant tous à un fonctionnement similaire : avides de pouvoir, sans empathie, se comportant comme des coqs ou d'autres animaux... en passant à

côté des caractéristiques individuelles de chacun, donc en passant à côté de la réalité du moment qui est que Julien a bien plus d'empathie que Geneviève.

Préjugés et stéréotypes : même les positifs sont nuisibles

Les préjugés, sortes de disposition affective négative du type « je ne les aime pas » se nourrissent des stéréotypes qui sont des représentations mentales, façon « ils sont comme ci ou comme ça ». Et inversement¹. On a observé dans des études que des personnes « amorcées », c'est-à-dire auprès desquelles on a véhiculé des stéréotypes (par exemple, les Noirs sont paresseux), auxquelles on racontait une histoire, développaient une opinion plus négative sur le personnage noir principal de l'histoire que les personnes qui n'avaient pas été amorcées². Stéréotypes et préjugés amènent à des discriminations, soit des comportements de rejet, d'exclusion ou d'ostracisme.

On pourrait penser que les stéréotypes positifs ont des effets positifs sur la personne qui en est la dépositaire, mais on s'aperçoit qu'ils aggravent les tendances stéréotypées dans les domaines connexes. Ainsi, comparés à des hommes et des femmes auxquels on n'avait rien dit, des hommes auxquels on avait répété « les hommes sont logiques et pragmatiques » ont manifesté de piètres performances sociales, et les femmes activées par « les femmes sont plus sociables » ont moins bien réussi leurs exercices de maths³. De manière générale, positifs, « bienveillants » ou franchement négatifs, les stéréotypes génèrent des attitudes hostiles, méprisantes, des comportements parfois agressifs, des pertes de chances pour ceux qui les subissent et ils représentent même un coût financier important pour la société⁴. Quelles que soient les valeurs qui nous motivent (humanitaires, politiques, financières, sanitaires...), on a tout intérêt à les repérer et à apprendre à s'en défaire⁵.

Quand on dit « sans jugement », on ment

Sommes-nous certains de n'en avoir aucun ? Il a été observé qu'il ne servait pas à grand-chose de compter sur la lucidité de chacun pour repérer ses propres préjugés. Si, dans une assemblée, on demande qui a des préjugés ou des stéréotypes sur autrui, on verra peu de mains se lever, d'autant plus qu'on vit dans une ère où chacun proclame qu'il est « sans jugement ». On est, pour beaucoup d'entre nous, persuadés de ne pas en avoir et que ce sont les autres qui en ont plein. Ce faisant, on crée de la généralité, donc un *exogroupe* et, à sa façon, de la discrimination. Les stéréotypes ne sont pas forcément accessibles à la conscience, en revanche, ils surgissent plus clairement au moment d'actions stressantes où ils ne sont pas le sujet. C'est par inadvertance qu'on les observera le mieux. Lors d'un dimanche de bricolage, dans des bouchons, dans une situation d'adversité et, hop, une insulte misogyne proférée par un poète tout à fait partisan de l'égalité hommes-femmes quand il en est question dans un dîner. À l'inverse, on peut voir des personnes qui relaient explicitement des stéréotypes qui leur ont été serinés et qui pourtant se conduisent en situation difficile avec équité et sans faire de discrimination.

Les fausses pistes pour avoir l'air meilleur que les autres

Compte tenu de leur nocivité, et dans l'espoir d'un monde meilleur, on lutte aujourd'hui tous violemment contre les stéréotypes. Mais le faisons-nous bien ?

Est-il efficace de réprimer ? Des études montrent que lorsque l'on fait des efforts pour supprimer des pensées contenant des stéréotypes, la force de ces pensées a tendance à croître davantage que si on n'avait pas essayé de les contrer⁶. Pour augmenter probablement la conscience de soi, une expérience a été faite où des personnes étaient installées face à un miroir, et elles étaient

interrogées sur la validité de certains stéréotypes. Devant un miroir, donc face à elles-mêmes, elles estimaient leurs *a priori* moins fondés que d'habitude et les réprimaient. Malheureusement, réprimés, ils se manifestaient de façon renforcée dans l'expérience suivante⁷. On observe également que, dès lors qu'ils sont condamnés socialement, les stéréotypes circulent davantage dans l'anonymat⁸. Les attitudes négatives sont plus importantes chez les personnes qui ne peuvent s'exprimer qu'en privé par rapport aux personnes pouvant discuter librement⁹.

Et si l'on remplace le négatif par du positif, est-ce que ça marche mieux ? Lorsqu'on fait cela, on crée ce que l'on appelle des contre-stéréotypes. Par exemple, on passe de « les femmes sont moins intelligentes » à « les femmes sont plus intelligentes ». En voulant s'opposer aux stéréotypes, on en développe donc de nouveaux. Or non seulement Geneviève n'a pas d'empathie, mais en plus elle est débile. Même si une nouvelle pensée est beaucoup plus désirable socialement, on réduit tout autant les femmes en les considérant toutes semblables. On n'accède pas davantage aux particularités de la personne en face de soi. Sortir des méfaits des stéréotypes, c'est sortir de l'essentialisation, et donner le droit à chacun d'être également un imbécile. Sinon, on est hors réalité et dans la condescendance. Et ça se sent.

Les stéréotypes, comme les jugements, sont partout, ils sont nécessaires pour appréhender le monde. Depuis que nous sommes enfant, notre cerveau est entraîné à faire des regroupements par catégories ; les animaux, les tables, les gens du village, les étrangers, les grands...

Prétendre que l'on est « sans jugement », comme c'est la mode en ce moment alors qu'on passe son temps à évaluer les choses et les gens, ou dire que l'on est dépourvu de stéréotype, c'est mentir, c'est se ranger dans le camp du souhaitable, de l'idéal, de l'angélisme, pas dans le camp du réel. Il n'est pas possible de ne pas avoir de jugements. Sauf à être une vache qui regarde passer des trains. Des jugements, des stéréotypes et des raccourcis, on en produit tous, quels que soient sa pratique religieuse, ses heures d'entraînement à la méditation, sa profession, son sacerdoce.

L'issue ?
Reconnaître ses biais pour ne pas en être
le jouet

Une étude a été faite sur la créativité auprès d'étudiants placés dans des conditions d'activation de stéréotypes ou de contre-stéréotypes. Ce qui a distingué les plus créatifs, c'étaient moins les contre-stéréotypes que les aptitudes à la curiosité et à la flexibilité cognitive¹⁰ – que l'on pourrait résumer par souplesse des comportements, ouverture à l'expérience, conscience de soi et facultés adaptatives.

Et si, pour dépasser jugements et stéréotypes, au lieu d'en dénoncer agressivement l'occurrence chez autrui, ce qui ne sert à rien, voire les renforcent, et au lieu de faire semblant d'être bien supérieur au reste de l'humanité en étant dépourvus, on tâchait collectivement d'augmenter la prise de conscience de chacun ? Et si on créait des opportunités de les poser sur la table et d'en discuter sereinement tous ensemble ? M'est avis que le monde serait plus doux.

KILOS

En trop

On entend souvent que la prise de poids est liée à un manque de volonté. Quand on voit la quantité de régimes qu'ont tentés les personnes en surpoids, on ne peut affirmer une telle chose sans avoir le rouge aux joues. Si c'est un problème de volonté, c'est surtout un problème d'un épuisement de la volonté. Il est hallucinant de voir que plus de 80 % des personnes souffrant de boulimie ont des antécédents d'abus et d'expériences adverses dans l'enfance et que seulement 17 % des professionnels pensent à poser la question en sachant que, même la question posée, seulement environ 40 % des personnes concernées par ces antécédents communiqueront ce qu'ils ont vécu par le passé¹. C'est d'autant plus compliqué que, la plupart du temps, les expériences en question ne sont pas étiquetées comme adverses par la personne même. C'est en faisant émerger des souvenirs et en les revisitant avec les sensations que l'on réalise qu'ils n'étaient pas anodins. Aurélie, ayant subi des attouchements par un jeune oncle de 16 ans quand elle en avait 8, avait banalisé cette expérience au prétexte qu'ils jouaient et que ses parents ne cessaient de lui reprocher de se plaindre et de faire la tête. Quand je lui ai demandé, en restant vague, si elle avait vécu des choses difficiles dans l'enfance, Aurélie m'avait répondu non. Ce n'est qu'en écrivant sa biographie et en partant des sensations douloureuses pour laisser venir des souvenirs qu'on a pu avoir accès à un certain nombre d'expériences banalisées.

Le recours à la crise alimentaire, comme le recours à l'alcool ou à d'autres substances, est souvent un comportement appris dans un environnement émotionnellement invalidant. C'est une tentative de réguler l'émotion en l'anesthésiant. Sur le moment, cela crée un apaisement, une anesthésie des sensations d'inconfort, souvent violentes quand on a subi des traumatismes, mais, après coup, le recours à un « anesthésiant » crée également de la honte de soi, un sentiment de culpabilité, de la colère contre soi... donc cela vient augmenter le pool des émotions, et donc les sensations d'inconfort, et donc le besoin de les anesthésier à nouveau. Vouloir sortir de ce cercle en ne s'occupant que de la partie émergée de l'iceberg, c'est-à-dire en cherchant uniquement à contrôler le comportement alimentaire sans œuvrer à diminuer la pression du trop-plein d'émotions, est stérile. Multiplier des régimes alors qu'on ne traite pas les troubles de la régulation émotionnelle, cause fréquente des crises alimentaires, aggrave le cercle vicieux parce que, avec ces expériences d'échec, on s'enfonce dans la honte et la culpabilité, ce qui augmente d'autant le débordement émotionnel.

Exercice : raconter sa vie

Dans tous les cas, qu'il s'agisse d'addictions, alimentaires ou non, de dépressions récurrentes ou de troubles anxieux, il est toujours intéressant de raconter par écrit sa biographie. L'écrit augmente la prise de conscience de façon considérable. Était-on désiré ou laissé-pour-compte ? Quel rang occupait-on dans la fratrie ? Quels sont les événements, les lieux, les personnes dont on se souvient ? Nos parents étaient-ils disponibles pour nous, encourageants, présents ? Quels sont les souvenirs qui nous restent en mémoire, même s'ils nous paraissent anodins... En ligne ou sur mon précédent ouvrage, on peut aussi consulter et remplir le questionnaire des expériences adverses de l'enfance dont la conjonction souligne les risques de problèmes de santé à l'âge adulte. Il est important de se souvenir que les antécédents d'expériences adverses dans l'enfance sont le prédicteur le plus important de la santé à l'âge de 55 ans. Et ils ne sont pratiquement jamais explorés, pas plus dans les problèmes de poids que dans les maladies mentales ou physiques. Raconter sa vie par écrit, même si ça ne suffit pas, permet de ne pas occulter le passé qui conditionne en partie son présent ([ici](#)).

- Après avoir pratiqué la respiration automatique ([ici](#)), trois fois par jour pendant une bonne semaine, on s'attable avec son cahier, puis, après les cinq minutes de respiration, yeux fermés à observer son souffle, on laisse venir un souvenir. On fait cela dix fois de suite.

- Puis au bout d'une semaine, on fait le même exercice sauf qu'à la fin des cinq minutes, on concentre son attention et sa respiration sur l'endroit du corps où l'on ressent le plus d'inconfort. On « respire dedans ou autour » et on laisse venir un souvenir où l'on est âgé de moins de 10 ans : les souvenirs précoces. On fait dix fois cet exercice.
- Enfin, on sélectionne, parmi ces souvenirs précoces, les plus anciens. La mémorisation se fait avec des émotions² et donc même si, pour notre tête, on a affaire à un souvenir sans importance, on a tout intérêt à aller voir ce qui se passe à l'intérieur de soi et à pratiquer ensuite l'exercice de désensibilisation ([ici](#)).

C'est avec ce type de pratique, de même qu'avec l'usage régulier de l'observation des émotions, que l'on amorcera une vraie diminution du trop-plein émotionnel amenant à des conduites « pompiers » incoercibles.

Une fois ce travail effectué, éventuellement, un exercice de la volonté peut s'avérer intéressant. Pas plus qu'il n'y a à prescrire des régimes en première intention, il n'y a à les interdire non plus ensuite. On peut aussi trouver du bien-être à juguler tranquillement son surpoids, en apprenant à sentir son corps ([ici](#)), ce qui permet de déceler et de prendre en compte sa satiété, mais aussi en développant de nouvelles habitudes alimentaires. Ce n'est pas en opposant les choses que l'on obtient des résultats. Si la *grossophobie* est toxique, débile et moralement indéfendable, quand on connaît les répercussions notamment articulaires et cardio-vasculaires de l'obésité, il me paraît également dangereux de faire comme si l'obésité et le surpoids ne présentaient aucun risque pour la santé des personnes coincées dedans, au prétexte de *body positive*.

LÂCHER PRISE

Une incitation totalitaire

L'expression a fait florès¹ et on la retrouve dans le domaine du développement personnel, de la méditation ([ici](#)), de la spiritualité, du théâtre, de la philosophie, avec le sentiment qu'elle est assimilée à une pleine conscience de l'instant présent, à une non-dualité entre le soi et le reste du monde. On peut la considérer comme une injonction de plus, souvent entendue comme une incitation à exprimer sans filtre ce que l'on ressent ou bien à être détendu. Ce qui est sûr, c'est que le concept est flou. L'expression n'a pas vraiment de traduction dans d'autres langues et, de ce fait, aucune recherche ne peut être modélisée à ce sujet. Demander à quelqu'un de lâcher prise, c'est comme lui demander de rester calme, c'est souvent le meilleur moyen de le crispier.

Lâcher prise de quoi ?

Lâcher prise, qu'est-ce que ça veut dire, à quoi cela correspond-il objectivement ? Comment peut-on définir le lâcher-prise ? Le lâcher-prise de quoi ? La seule acception qui serait un tant soit peu opérationnelle ou utile, ce serait celle d'une interruption du contrôle. Mais comment objective-t-on le

contrôle ou le non-contrôle ? Physiologiquement, il y aurait bien une piste. On cesse de contrôler quand le système nerveux autonome fonctionne. Grâce à lui, pendant le sommeil, indépendamment de notre volonté, nous respirons, le cœur continue de battre. Grâce à lui également, nous digérons, et des érections de la verge ou du clitoris peuvent se produire². Éveillés, on peut respirer sans contrôler et on peut aussi contrôler sa respiration en la bloquant volontairement ou en l'accélération à la demande. Il a été observé que lorsqu'on est capable de respirer sans chercher à contrôler sa respiration, cela induit une variabilité de la fréquence cardiaque, c'est-à-dire que le rythme cardiaque augmente naturellement à l'inspiration et diminue quand on expire. Cette variabilité physiologique décrit alors une courbe sinusoïdale que l'on a également appelée « cohérence cardiaque³ ». Des scores bas de variabilité cardiaque sinusoïdale sont associés à davantage de problèmes de santé et à un risque de mortalité accru⁴. Médicalement, on peut mesurer cette variabilité cardiaque⁵, ce que font couramment les anesthésistes et les réanimateurs. D'ailleurs, c'est d'abord en cardiologie que l'on a constaté les effets dramatiques d'une absence de variabilité cardiaque sinusoïdale sur le risque vital un mois après un infarctus. Pour les cardiologues, c'est un critère de surveillance et de pronostic après de la chirurgie cardiaque, des problèmes ventriculaires⁶, des arythmies⁷.

Toujours la respiration

En psychiatrie, j'observe l'occurrence de cette « cohérence cardiaque » quand la personne enregistrée nomme avec justesse les émotions présentes, quand elle décrit avec précision ses sensations ou quand elle observe sa respiration. Émotions et respiration sont liées à 40 %. En s'entraînant à observer ses tentatives de contrôle, notamment respiratoires ([ici](#)), on apprend indirectement à devenir observateur de ses émotions. Et moins on cherche à les contrôler, plus elles ont de chance de disparaître et plus on a de chance, à terme de relâcher. En nommant ses mouvements intérieurs, en en devenant spectateur,

on crée paradoxalement de la variabilité cardiaque sinusoïdale. En identifiant avec précision ce que l'on ressent dans le corps, on augmente également la variabilité sinusoïdale cardiaque⁸. Ainsi, on rétablit un fonctionnement optimal du système nerveux autonome. Il arrive que cela détende et permette de prendre un peu de distance par rapport à ce qui nous préoccupait. Ou non. Ce n'est pas le sujet.

On pourrait donc peut-être remplacer l'expression floue de « lâcher-prise », par celle plus concrète de respiration automatique, définie comme la capacité à observer sa respiration en tendant vers le repérage du moment où la respiration s'effectuera sans déclenchement volontaire de l'inspiration et de l'expiration. On pourrait généraliser la mesure de la variabilité de la fréquence cardiaque pour en finir avec ces clivages ancestraux et poussiéreux d'une séparation corps-esprit. Enfin, il est amusant de savoir que la manière la plus efficace de « lâcher prise » consiste à sentir où, dans son corps, « on ne lâche pas prise ».

MÉDITATION¹

La pleine conscience, à toutes les sauces ?

Trop, c'est trop

Que ce soit dans les médias ou les journaux scientifiques, le nombre de publications avec les mots *mindfulness* ou *méditation de pleine conscience*, entre les années 1990-2000 et aujourd'hui, a augmenté de façon exponentielle. Le terme « pleine conscience » provient du bouddhisme² – considéré comme une « religion de paix » ou une « spiritualité laïque », oxymores et paradoxes si l'on tient à l'agnosticisme ou à la laïcité dans la science et la médecine. Sa popularité s'est étendue à la psychologie, la psychiatrie, la médecine, aux neurosciences, a intégré le monde des entreprises (Google par exemple), l'éducation, les organisations sociales, industrielles, voire certaines armées au sein desquelles la *mindfulness* serait une « clé pour former des soldats résilients ». L'espace public a été saturé d'articles clamant et exagérant les bénéfices d'une telle pratique³ : aujourd'hui, la méditation est en passe d'être considérée comme la panacée pour

la plupart des maux humains⁴. Certains la décrètent même psychothérapie à part entière⁵. Ce prosélytisme s'appuie sur des études souvent partiales, reposant sur des méthodologies manquant de rigueur et dans lesquelles les protocoles, voire les définitions, varient. La pleine conscience, c'est le fait de porter attention intentionnellement, instant après instant, « sans jugement » ([ici](#)), à l'expérience présente. Mais cette définition s'appuie sur des ambiguïtés reconnues, y compris par son auteur⁶. La méditation est un processus dans lequel on oriente délibérément son attention, la pleine conscience est un résultat, pourtant on remplace facilement un terme pour un autre. De plus, on parle de pratique de pleine conscience que l'on ait passé cinq minutes sur une application, que l'on fasse une retraite de quelques jours ou que l'on passe six mois par an à méditer sur un *zafu*. Et on vend que les résultats sont corrélés aux heures de pratique, vu qu'on a fait passer des scanners à des moines tibétains. Ou qui le sont devenus : Tibétains.

Savoir de quoi on parle

Il résulte de tout cela des méconnaissances sur ce qu'est la pleine conscience, sur quoi elle porte ; pleine conscience oui, mais de quoi ? de son souffle, des bruits, de ses pensées, de ses mouvements ? Avec quoi la mesure-t-on, qui aide-t-elle, comment affecte-t-elle l'esprit et le cerveau ? Quelles en sont les limites, les risques et les effets secondaires pouvant créer de la frustration du désappointement et de la déception ?

On retrouve de nombreux points communs et des corrélations positives entre pleine conscience, intelligence émotionnelle, régulation des émotions, et négatives entre pleine conscience et *alexithymie*, dissociation⁷ au point que l'on peut se questionner sur l'utilité d'un nouveau concept.

On a affirmé que la pratique de la pleine conscience avait un impact sur la prévention de la rechute dépressive. Or les résultats issus de méta-analyses (c'est-à-dire les résultats issus de compilation d'études scientifiques à fort niveau

de preuve) sont mitigés⁸, de même pour le traitement de la dépression et des symptômes anxieux⁹. Dans les études les plus récentes, donc offrant le plus de recul, on retrouve peu de résultats positifs concernant l'efficacité sur la douleur, sur les abus de substances, sur la perte de poids, sur les troubles du sommeil, sur l'humeur positive¹⁰.

Factuellement, on peut se demander si la méditation fonctionne dans le monde réel¹¹, si les pratiquants ont des enfants en bas âge et comment ils font pour les neutraliser pendant qu'ils méditent. J'ai vu beaucoup de femmes stressées et anxieuses, envahies de surcroît par un fort sentiment de culpabilité et d'échec à l'issue de leurs tentatives de pratiques parce qu'elles ne parvenaient pas à porter attention à autre chose qu'aux cris de leur progéniture derrière la porte.

Les dangers de la méditation

Mauvaise nouvelle, la méditation n'est pas la panacée et on ne peut l'indiquer à tous et pour tout. En l'état, elle est même contre-indiquée dans les crises suicidaires et en cas de trouble psychiatrique¹², notamment les troubles autour de la schizophrénie, le trouble bipolaire, le stress post-traumatique, la dépression, le trouble de la personnalité schizoïde (tendance au détachement et désintérêt social), car elle peut aggraver la situation, voire la détériorer¹³. En effet, il a été observé parfois des décompensations psychotiques, un épisode maniaque, une dépersonnalisation, de l'anxiété, un épisode de panique, des reviviscences traumatiques¹⁴. À cet égard, on peut se demander si le lien entre la décompensation psychiatrique tardive (le personnage déclare un trouble bipolaire à la soixantaine) et la retraite de méditation préalable a été établi par l'auteur à succès qui a partagé son expérience¹⁵.

Sans explication et présentée comme universelle, avec des injonctions déguisées à l'ataraxie – tranquillité de l'âme des philosophes – et au détachement, un peu comme la relaxation, le résultat de la pratique de la

méditation est le plus souvent le déclenchement d'une anxiété, l'apparition de souvenirs traumatiques ou d'une crise de panique¹⁶.

Le but de cet article n'est évidemment pas de proscrire ces pratiques, mais d'en minimiser les blessures et d'endiguer le flot de mésinformations qui traînent à leur sujet.

Séparer le bon grain de l'ivraie

De par mon expérience personnelle et professionnelle, soutenue par des résultats d'études sans conflits d'intérêts, je crois utile de rappeler que :

- la méditation n'est pas une psychothérapie¹⁷ ;
- les bienfaits de la méditation reposent moins sur le fait de percevoir ses pensées que d'apprendre à ressentir son corps (voir « Intéroception », [ici](#)) et de contribuer à activer les régions cérébrales qui visualisent et qui ressentent ([ici](#), travail sur les émotions excessives)¹⁸ ;
- il est préférable d'y aller progressivement et d'être prévenu des effets indésirables. Personnellement, je privilégie des exercices courts et je préviens qu'ils sont barbant, qu'il n'y a aucun « confort » à en attendre et que l'intérêt réside dans l'appivoisement progressif des sensations du corps ;
- il y a de fortes chances que des souvenirs difficiles précis émergent¹⁹ et c'est une bonne chose, puisque cela permet non pas de les repousser au prétexte que ce ne serait dans l'« instant présent », mais au contraire de les repérer pour mieux y revenir ensuite avec des outils spécifiques ([ici](#)). Omettre de les prendre en charge alors qu'ils sont généralement à l'origine d'une phobie des sensations corporelles intéroceptives serait le meilleur moyen de transformer le méditant en lutteur gréco-romain ;
- l'ataraxie ou « impassibilité de l'âme acquise » est un leurre. Il est contre-productif de s'y référer sous peine de voir cette injonction accroître l'intolérance à ses émotions négatives, ce qui conduirait à des

décompensations et à une phobie de ses sensations qui y sont liées. L'ataraxie est posée comme la base du bonheur – dans le stoïcisme, l'épicurisme et le scepticisme, philosophies très en vogue et sources de marchés florissants de « changements émotionnels²⁰ » – dans les pays où l'on prescrit le plus de psychotropes et où l'on observe des scores de santé mentale déplorables. Y aurait-il un lien ?

- à petites doses régulières, une fois ces éléments considérés, elle peut améliorer la flexibilité cognitive²¹ ;
- j'insiste sur le fait que l'expérience de ressenti d'une douleur, d'un inconfort ou de toute manifestation corporelle déclenchée par une émotion sous-jacente suivra une courbe d'intensité en cloche pouvant durer jusqu'à quarante minutes ;
- c'est la précision avec laquelle on décrit ce que l'on ressent – par exemple, là tout de suite, j'ai une sensation ronde de la taille d'une balle de tennis, qui va de tel endroit à tel endroit, ça brûle et, en même temps, ça tord – qui permettra une activation des circuits cérébraux associés aux changements positifs plutôt que l'appréhension globale, abstraite et générale de ce que l'on ressent du style : « Quand je suis anxieux, j'ai systématiquement mal au ventre²² » ;
- l'acceptation qui est prônée n'est pas une résignation²³ puisqu'on sait maintenant que, ce qui pose problème, c'est moins l'émotion elle-même que la lutte incessante qu'on lui oppose²⁴ ;
- il faut utiliser la méditation en prévention. Les jours où l'on aura passé cinq minutes à microméditer sur le souffle, on constatera que l'on sera plus prompt dans la journée à détecter ses émotions et que, ayant appris à les ressentir plutôt qu'à les ruminer, elles dureront moins.

Less is more

La méditation est extrêmement intéressante et doit faire partie des outils d'exploration de l'intériorité et de connaissance et d'acceptation de soi, mais avec parcimonie. Pour pratiquer juste ce qu'il faut, et ainsi accentuer ses facultés à sentir, et commencer à remettre en marche le système parasympathique, on peut pratiquer régulièrement l'exercice suivant.

La respiration automatique ou l'attention au souffle : pas plus de cinq minutes

Fermer les yeux. Commencer par observer sa respiration au niveau des ailes du nez, des côtes, du ventre puis de la région du cœur. La laisser aller, avec le moins d'effort possible, en essayant juste de rester spectateur.

S'attendre et accepter de ressentir plusieurs minutes d'inconfort, produit de la bataille entre la respiration que, malgré soi, on contrôle et la respiration que l'on souhaiterait laisser se faire spontanément. Les premiers instants, on ne sait plus comment respirer. Ne pas intervenir. Attendre, que cela passe. Car ça va passer. On n'a généralement pas envie de faire cet exercice ennuyeux. En plus, fermer les yeux, on n'aime pas trop ça parce qu'on a du mal à tolérer les ressentis dans le corps.

Il ne faut pas considérer qu'on est en échec sous prétexte qu'on a des pensées parasites. Au contraire, le repérer est le signe qu'on est exactement en train de bien méditer. On pourra noter le niveau de stress global (sur 10) des jours où l'on a fait cet exercice et le stress global de la journée les jours où on ne l'a pas fait en étant attentif à d'éventuels changements observés, s'il y en a eu, entre les journées sans et les journées avec.

Généralement, avec cette petite pratique régulière, on se sent comme plus lesté. On décolle moins au moindre coup de vent. On est dans ses bottes.

Une dernière remarque : on peut utiliser la méditation sans ne jamais développer une capacité à sentir. En méditant exclusivement sur des objets internes neutres tout en évitant le difficile et les zones sensibles on conduit à créer un décalage illusoire entre *sensibilité intéroceptive* et *précision intéroceptive* – on croit mieux sentir alors qu'objectivement, ce n'est pas le cas ([ici](#))²⁵. Une des raisons pour laquelle la méditation peut conduire à des

décompensations est que certains la pratiquent en la considérant comme un outil de lutte et d'évitement des émotions (et des sensations inconfortables qui les accompagnent) au lieu d'apprendre à les laisser se déployer. J'ai le cœur serré, et hop, j'évite la sensation en portant mon attention sur mes pieds. J'ai envie de pleurer, et hop, je m'en distrais en écoutant les bruits du dehors : ce n'est pas parce que l'on sent ses pieds que l'on développe une conscience de soi, de ses émotions et une plus grande qualité d'intéroception ou de prise en compte de ses sensations physiques.

NON-VIOLENCE

C'est en repoussant la colère qu'on devient cruel

Je me souviens d'un intervenant qui conseillait à tout va de lutter activement contre la colère. Pour lui, la colère était une « mauvaise » émotion dont il fallait se méfier. Je l'avais côtoyé quelques fois et, dans la vie, c'était un personnage souvent excessif et irritable, ceci expliquant peut-être cela. Je me souviens également d'un dîner avec une féministe dont les propos étaient pleins d'indignation. À grands coups de mots savants, elle s'était mise à m'agresser jusqu'à me menacer de ne plus me voir tant que je ne partagerais pas la radicalité de ses opinions et l'intensité de sa révolte. Elle me considérait comme tiède, insuffisamment indignée et, de ce fait, faisant allégeance au patriarcat. J'ai effectivement cessé de la voir, mais pas à cause de son intimidation. Je n'avais plus envie de subir les harangues de quelqu'un qui me prescrivait des emportements et qui n'avait pas conscience qu'en me sommant ainsi, elle affichait les comportements autoritaristes qu'elle prétendait combattre.

Entre « la colère, c'est pas bien » et l'indignation comme une obligation morale, on est harangué par des injonctions contradictoires et ça en devient fatigant.

La colère oui, la violence non

La colère ne peut pas être exigée, pas plus qu'elle ne peut être interdite. Parler fort, couper la parole, cracher de la haine et brandir son indignation comme un étendard révolutionnaire pour prouver sa valeur, montrer combien on est quelqu'un de bien et rallier les foules ? J'en parle d'autant plus facilement que j'ai fait l'expérience de l'impasse et de l'isolement produits par le ressentiment ([ici](#)), quelle que soit la légitimité du sujet.

En réalité, il y a une énorme confusion entre violence et colère. Et c'est de cette confusion que vient le danger. Pour rappel, la colère est une émotion. Comme la peur, la tristesse et la joie, c'est une émotion normale et indispensable. Comme toutes les émotions, elle modifie le corps (on se tend, les mâchoires se serrent, le cœur bat plus vite), on a des pensées qui s'obscurcissent et qui deviennent plutôt hostiles et on est mû par une *tendance à l'action*, c'est-à-dire qu'intérieurement, on perçoit une envie de combattre et d'être violent par les mots ou par les gestes : on meurt d'envie d'agresser à son tour.

Mais la violence n'est pas l'émotion. La violence est la *tendance à l'action*, c'est-à-dire une pulsion comportementale à chaud à laquelle on peut décider de céder ou non. La difficulté, c'est que plus on s'exhorte à réprimer sa colère, plus on va être poussé à réagir plutôt qu'à agir. Ainsi, éprouver de la colère face à son enfant est une expérience commune. C'est le propre du cerveau d'un enfant de peu tolérer les frustrations, d'agir dans l'instant, de raisonner à court terme, et le propre du nôtre d'avoir davantage de recul. En réprimant ses irritations de parent au prétexte qu'aimer inconditionnellement son enfant, ce serait ne pas ressentir de « mauvaises émotions » comme la colère, on risque d'exploser et de réagir avec un geste ou des mots violents quand pour la énième fois, il en met partout. Ou d'en faire un monstre habitué à ce qu'on lui passe tout. De la même manière, refuser d'identifier l'agacement suscité par une attitude de son partenaire (parce que ça ne serait « pas bien » de ne pas l'aimer inconditionnellement) est le meilleur moyen d'entasser les dossiers et de passer à l'acte un jour ou l'autre en allant voir ailleurs.

Et si on sortait la colère du champ du « mal », si on apprenait à la reconnaître, à la nommer sereinement en soi, puis à la ressentir, et cela nous donnerait le temps de repenser ou redéfinir notre objectif (par exemple que notre enfant soit propre pour faciliter son insertion sociale) et de décider de l'action juste pour lui faire passer le message.

À interdire la colère par le biais de discours religieux, politiques, ésotériques, de positions moralistes, de raisonnements en bien ou en mal, on accentue la répression de colères saines et surtout on accentue les risques de violence par l'effet d'accumulation menant à l'explosion.

À l'inverse, à la prescrire, au même titre que toutes les autres injonctions émotionnelles, on obtient de la vindicte, des interactions conflictuelles et stériles, une animosité grandissante, mais aucun comportement constructif qui serait porteur de changement.

Être fier de reconnaître sa colère et toutes les autres émotions

Et si, pour réduire le taux de féminicides et d'homicides, de violences, de dépressions, on apprenait tous, dès la maternelle, à reconnaître cette émotion universelle en soi, à la ressentir dans son corps, sans chercher immédiatement à la décharger sur autrui pour un apaisement à court terme ? Si l'on apprenait à distinguer le caractère adapté de cette émotion de ses côtés excessifs souvent liés à sa répression ou à des reviviscences du passé ? Si on apprenait par exemple à revisiter, *via* les sensations et les images, des souvenirs enfouis dans lesquels se sont logées les séquelles d'une éducation par exemple violente, autoritaire ou au contraire laxiste poussant à surréagir ? Il doit y avoir une sorte d'équilibre en soi entre les différentes émotions notamment la joie, la peur, la tristesse, la colère. Et si on apprenait cela à ceux, le plus souvent celles, qui ne reconnaissent jamais leur colère, parfois cachée derrière la tristesse ? Et si on apprenait à reconnaître la tristesse, la peur ou la honte parfois dissimulées chez ceux qui la ressentent

sans cesse ? Et si on était tous formés à distinguer une action d'une réaction ?
M'est avis que ce serait moins le bazar.

ORIGINE DES ÉMOTIONS

Ce n'est pas en cherchant pourquoi on n'est pas bien qu'on ira mieux

On pourrait écrire une thèse en dix tomes sur le pourquoi des émotions. Elles dépendent de multiples facteurs qui pour la plupart nous échappent. Elles peuvent dépendre de l'ensoleillement, de l'état hormonal – oui, chez les hommes aussi. Elles peuvent être liées au présent, au transfert d'activation, c'est-à-dire à un empilement d'émotions quotidiennes, auxquelles on n'aura pas prêté attention, phénomène qui sera responsable d'une forte intensité émotionnelle vécue comme incompréhensible pour une broutille en fin de journée : on se met à pleurer parce qu'on n'a pas trouvé de place pour se garer sans se rendre compte que, depuis le matin, on a accumulé des tensions. Elles peuvent être liées à sa condition d'être humain qui est confronté à l'incertitude et l'incontrôlable. Elles peuvent être liées au passé, car certaines situations jouent le rôle de gâchettes qui réveillent sans qu'on en ait forcément conscience des expériences que l'on n'a pas identifiées comme marquantes¹. En effet, il y a des situations où l'on sent que l'on « surréagit », c'est-à-dire qu'on perçoit que son émotion apparaît démesurée par rapport au déclenchement, au contexte dans lequel elle a émergé.

Quand on sent que son émotion est trop forte par rapport au contexte, on appelle ça une *émotion chaude*, c'est souvent le signe qu'une expérience du passé a été réactivée. Et qu'à l'émotion présente s'est ajoutée l'émotion passée.

Certains membres de ma famille m'obligeait à dire que j'aimais qu'ils mettent du vin dans mon verre d'eau alors que j'avais 5 ans. Je me faisais gronder si je protestais. Dès qu'aujourd'hui on assène des goûts de façon péremptoire, ou que l'on essaie de me faire prendre des vessies pour des lanternes, j'explose de façon excessive.

Les émotions « excessives » peuvent aussi venir d'émotions sur les émotions. Si j'ai peur, honte, si je suis en colère, si je suis stressé par ce que je viens de ressentir, parce que je me dis que ce n'est pas normal d'être triste, en colère, joyeuse, stressée par ce que je suis en train de vivre, j'ajoute une émotion à mon émotion. Et mes sensations, mes pensées négatives et mes réactions sont décuplées. On appelle ces émotions sur l'émotion, des *émotions secondaires*.

Pour toutes ces raisons, il est important de retenir que chacun est concerné par les émotions. Ce qui varie d'une personne à l'autre, c'est bien moins l'existence des émotions, objectivée grâce à des mesures physiologiques cardiaques, cutanées, cérébrales et que l'on observe chez tout le monde, que ce que l'on en montre.

Avec des brouillages historiques, religieux ou culturels, on a (mal) appris à repérer ces signaux, les pensant souvent anormaux. Depuis des lustres, on essaie de trouver des solutions pour ne pas ressentir et c'est cela qui crée de la pathologie.

Savoir pourquoi on ressent une émotion, c'est comme apprendre qu'on a faim parce que notre pancréas sécrète de l'insuline ou bien que l'on a envie d'aller aux toilettes parce que nos barorécepteurs vésicaux sont stimulés : c'est intéressant, mais ça ne change rien. On a toujours faim ou envie d'uriner. Avec les émotions, on croit à tort qu'identifier la cause permettra de les résoudre. Or c'est le fait de les ressentir, de les nommer adéquatement et d'en accepter l'occurrence qui permet d'y voir clair et d'avancer.

PASSÉ

Se libérer de son influence sans se tyranniser

Quand la « résilience » devient traumatisante

En réaction à des pratiques qui accordaient au passé l'exclusivité des motifs de nos comportements se sont développées des approches exclusivement axées sur le présent. Parallèlement, on est de plus en plus enjoint à la résilience, un des nouveaux diktats qui crée de la maladie. Quand on a subi des traumatismes et qu'on subit un entourage émotionnellement égoïste ou pervers, qui a nié ou minimisé les faits, il y a quelque chose de cassé en soi. Et quand un vase est cassé, on a beau coller du doré sur les sutures¹, il est toujours cassé. La résilience est un résultat possible quand il y a eu des soins adaptés. Et même avec une thérapie efficace, on ne sera plus jamais comme avant. Quand on parle de résilience, on s'appuie généralement sur le travail de Boris Cyrulnik. Il a en effet partagé un certain nombre de travaux sur l'attachement et souligné combien, quand on avait vécu des choses graves, il était important de croiser une personne aimante. Au prétexte que certaines personnes ont eu la chance de rencontrer une telle personne sur leur chemin, ce qui est effectivement une partie

importante pour le traitement des séquelles traumatiques, mais pas forcément suffisante, la résilience est quasiment devenue une obligation. Or c'est un peu comme le pardon, la résilience est éventuellement un résultat, mais certainement pas un processus, c'est-à-dire un mécanisme d'action volontaire pour aller mieux. Invoquer la résilience quand on a subi des attentats, des abus sexuels, des séismes, des explosions, vécu la famine, des guerres, subi du dénigrement toute sa vie, quand on n'a jamais été reconnu ni entendu, qu'on a vu ses proches se faire dénigrer, frapper, violer, tuer, quand on a vécu des atrocités ou des violences subtiles, mais répétées et précoces, c'est ajouter du mal au mal, c'est se tyranniser.

Apprendre à plonger utilement dans son enfance en faisant taire ses commentaires

Avec ces diktats et ces injonctions à la résilience, on en viendrait désormais presque à croire que le passé n'a aucune importance. Or, si tout n'est pas lié au passé – on a du libre arbitre et l'on a la capacité de modifier dans certaines limites sa trajectoire² –, tout n'est pas lié au présent non plus.

Je me souviens de Samuel, à qui on avait conseillé de faire de la méditation et qui faisait de plus en plus d'attaques de panique. Il ne comprenait pas pourquoi rien n'y faisait, car tout allait bien dans sa vie, disait-il. Il me semble important de souligner qu'avant de se lancer dans une quelconque proposition thérapeutique, il est important d'avoir une vision plus globale. Sur mon insistance, Samuel m'a retracé les grandes lignes de son enfance. Sans y prêter une attention particulière, il me raconta que sa sœur l'avait obligé, petit, à des pratiques sexuelles dans un contexte où les parents étaient soit absents, soit en train de se crier dessus. Alors qu'il se souvenait dans le détail de ce moment, il ne lui attribuait aucun rôle dans ses problèmes de crises d'angoisse actuels. Pourtant, ce souvenir avait laissé une trace sous forme de « marqueurs somatiques³ ».

On a fait l'hypothèse que ces événements (la sœur, la négligence et la violence entre ses parents) avaient pu créer une phobie des émotions. En effet, à l'origine des décompensations psychologiques, il y a souvent des expériences du passé passées inaperçues, non repérées comme « traumatiques ». Parce qu'on n'y pense pas, parce qu'il existe des guerres de concepts (et probablement aussi des conflits d'intérêts), on passe très souvent à côté de ce que l'on appelle le trauma « complexe », c'est-à-dire la répétition ou la survenue précoce de faits réels atteignant la personne dans sa construction, sa personnalité tout entière, son identité alors qu'elle est en plein développement⁴.

Avec les séances de revisite visuelle et sensorielle de ces moments, on a observé que les crises de panique de Samuel s'amendaient progressivement entre les séances. Il a appris à ressentir les sensations inconfortables dans son corps, de ce fait, il a un meilleur accès à des souvenirs autobiographiques spécifiques⁵, il rumine moins, parle de lui de façon moins globale et abstraite⁶, quand il a besoin, il poursuit le travail de désensibilisation à partir de ponts d'affect ([ici](#)) entre les séances. Samuel se sent beaucoup moins sur le qui-vive et commence à percevoir combien sa terreur de quitter une femme qu'il n'aime plus est liée davantage à son passé qu'à son présent.

On entrevoit donc les effets des expériences précoces banalisées par l'entourage, dont on a fini par épouser les perceptions. Il faut savoir que leurs conséquences sont marquées tant du point de vue psychologique qu'en matière de santé physique. Si on n'apprend pas à digérer certains moments clés de son histoire, faute d'un environnement au fait de la nécessité d'apprendre à accueillir les émotions, on observe souvent une tendance à la répétition⁷ qui crée des retraumatisations :

- quand on a eu des parents affectivement négligents, on risque d'avoir tendance à s'oublier et à choisir des partenaires négligents ;
- quand on a eu des parents violents verbalement ou physiquement et/ou un entourage dénigrant ou méprisant, cela peut conduire à des prises de risques inconsidérées ;
- quand ont été invalidées systématiquement nos émotions d'enfant, on risque soi-même de perpétuer l'auto-invalidaiton, la non-prise en compte, de ses

émotions ;

- si nos parents étaient froids, on a plus de risque de se retrouver à vivre avec un partenaire dur, sans une once d'empathie...

Les exemples sont légion. Les comportements d'adulte sont alors conditionnés par ces expériences passées et leur vie est compliquée, et ce terme est un euphémisme⁸.

Contrairement à ce que l'on pense, ce qui est déterminant dans le passé, c'est moins la gravité des situations que la façon de réagir des proches. Autrement dit, des situations de l'enfance génératrices d'émotions, mais d'apparence anodine, peuvent créer des mécanismes post-traumatiques en l'absence d'un environnement émotionnellement mature. Si l'on schématise, à événement égal (négligence, agressions, être témoin de violence, subir du racket, des abus sexuels ou seulement des attitudes vicieuses...), un enfant dont l'environnement serait émotionnellement aidant, qui l'inciterait à reconnaître et accepter ses émotions, lui apprenant à les sentir, à en tolérer l'expérience en le rassurant sur l'aspect non pérenne du phénomène, aura beaucoup moins de risque de développer des maladies que celui dont l'environnement est rétif à toute forme de validation émotionnelle. Dans le domaine de la santé, on néglige les antécédents infantiles, alors que les effets de mauvais traitements sont largement documentés et alors qu'ils constituent un facteur prédictif de santé important. On se fie aux restitutions spontanées, à ce que l'on a appris, estimant, pour la plupart, qu'on a eu une enfance « heureuse » sans explorer ses souvenirs précis et sa biographie. On ne recherche pas ces empreintes émotionnelles précoces alors qu'elles peuvent être régulées *a posteriori*. Et que leur impact sur l'émotionnalité globale et le développement de maladies est majeur.

PHOBIE DES ÉMOTIONS

Avoir peur de ses émotions,
être en colère contre soi à cause d'elles,
c'est les multiplier par deux

Il faut considérer les choses à l'envers de nos habitudes. On ne pourra jamais supprimer les émotions, elles sont inhérentes au fonctionnement humain. En revanche, on peut considérer que la pathologie naît des tentatives inefficaces de les supprimer. Quand on a peur et qu'on a peur d'avoir peur (émotion secondaire), on est anxieux : l'anxiété, c'est de la peur au carré. Quand on est triste et qu'on est en colère contre soi parce qu'« on a tout pour être heureux » (pensée toxique génératrice d'émotions secondaires), on ajoute de la colère à la tristesse et, peu à peu, à force de s'interdire et de doubler les émotions, on risque d'être malade. Dans les addictions, les troubles des conduites alimentaires, on cherche, en absorbant quelque chose, à être anesthésié des émotions que l'on ressent. On devient malade à cause du refus d'être momentanément bouleversé. Ces phénomènes entretiennent une phobie des émotions.

Quand ça fuit, ça ne sert à rien de colmater ou de repeindre

De l'eau a goutté du plafond de votre appartement. Vous pouvez repeindre la trace jaune laissée par l'eau. Le problème est-il résolu ? Non. Il se reposera à la prochaine pluie si la cause vient du manque d'étanchéité du toit, à la prochaine douche de vos voisins si ce sont leurs joints qui sont à refaire, ou n'importe quand si ce sont les canalisations qui sont vétustes. Cette métaphore illustre la nécessité de traiter les manifestations apparentes, mais surtout le ou les mécanismes qui sous-tendent nos difficultés psychologiques. Dans la plupart des dépressions ou des troubles anxieux, donner un traitement antidépresseur ou un anxiolytique, c'est comme repeindre le plafond. C'est satisfaisant momentanément. Mais si l'on préfère le long terme et/ou prévenir les rechutes (très fréquentes dans le cas de la dépression même traitée), c'est insuffisant voire, dans certains cas, inutile.

Il y a des mécanismes altérés dans les difficultés psychologiques, des difficultés en apparence très différentes : par exemple, un trouble anxieux et un trouble des conduites alimentaires peuvent provenir d'une altération des mêmes mécanismes¹.

Ces mécanismes se distinguent des circonstances qui peuvent précéder l'apparition du mal-être comme une séparation, circonstances déclenchantes que l'on prend souvent pour des causes. Si elles constituaient réellement des causes, tout le monde manifesterait exactement les mêmes troubles dans les mêmes contextes.

*Réguler ses émotions :
qu'est-ce que ça veut dire ?*

On a découvert que dans la quasi-totalité des problèmes décrits en psychiatrie, on retrouvait un mécanisme commun : des difficultés dans la régulation des émotions.

C'est à partir de ces constats que certains chercheurs anglo-saxons ont établi un modèle que l'on pourrait désigner comme une phobie des émotions ainsi qu'un protocole unifié² pour les difficultés psychologiques qu'ils considèrent quasiment toutes comme des troubles de la régulation émotionnelle.

Modèle unifié des problèmes psychologiques de Barlow³

- Devant une émotion « négative », comme nous en vivons tous, si on en accepte l'occurrence, si on l'observe sans chercher à échapper à l'expérience, on constate que l'humeur se rétablit naturellement.
- Si devant la même émotion négative, on se met à lutter, à tenter de la réprimer, à la délégitimer, à fuir les sensations qu'elle génère, on passe en stress chronique et l'émotion demeure. C'est ainsi que l'on risque de basculer dans la maladie.

Ce qui avait l'air très compliqué pourrait donc devenir plus simple. Finalement quels que soient son ou ses diagnostics, il suffirait de s'atteler aux émotions et à leur régulation pour aller mieux.

Réguler ses émotions, c'est :

- Apprendre à les ressentir dans son corps, en fermant quelques instants les yeux et en observant où on ressent (étape cruciale souvent négligée alors que, ce faisant, on active des connexions nerveuses et cérébrales qui déclenchent des actions automatiques bonnes pour soi et adaptées au contexte, en bref, on se rebranche sur un système instinctif précieux au lieu de ruminer pendant des heures des solutions inadéquates). En faisant abstraction de cette étape, on se coupe d'un des mécanismes au meilleur rendement. Commencer par ressentir profondément ce qui se passe dans le corps en fermant les yeux et en soupirant par le nez la bouche fermée, cela permet d'endiguer les pensées qui sont petit à

petit contaminées. Si on n'a pas envie de le faire, c'est qu'au départ, ça augmente le vécu douloureux. Il se peut même que ça fasse pleurer. Ce qui est plutôt bon signe (signe de l'activation du parasympathique, donc du relâchement. Pleurer quand on s'en donne la permission, ça soulage).

- Apprendre à nommer quotidiennement ce que l'on ressent, en écrivant dans un cahier par exemple. On se découvre et c'est quand même palpitant de mieux se connaître, on se fait de la place, on s'accorde du temps que l'on reproche aux autres souvent de nous voler. L'écriture est très performante pour augmenter la conscience de soi et si on suit quelques préceptes simples, en l'occurrence, séparer ce qui s'est passé de ce que l'on ressent, de ce que l'on pense, à l'aide des trois colonnes dans le cahier ([ici](#)), on se rend compte que, passé le désagrément des cinq minutes à recenser le négatif en fin de journée, au bout de quelques jours, comme par enchantement, certains problèmes se sont résolus et, surtout, comme par hasard, on se sent mieux. Alors qu'enquiquiner sa voisine ou un collègue à débiter toujours les mêmes litanies n'a jamais amélioré l'humeur de personne, voire ne fait qu'aggraver les choses. Pas plus que les négliger en les mettant sous le tapis. Dernier point, ce qui régule les émotions négatives, si paradoxal que cela puisse paraître, c'est de les accepter. Si au lieu d'accepter d'être triste, en colère ou d'avoir peur, on s'en veut, on en a honte, cela nous stresse, on en veut aux autres, on se persuade qu'on est anormal... dans ce cas, on ajoute une deuxième émotion à la précédente. Deux pour le prix d'une, on a encore plus de blocages et de tensions dans le corps, plus de pensées gluantes et de comportements que l'on n'arrive encore moins à contrôler.

En résumé, les émotions sont partout, y compris derrière les douleurs chroniques. Et la régulation des émotions est le point central des problèmes psychologiques et pas seulement. Contrairement aux idées reçues, la pathologie ne devrait pas se définir par rapport à la présence d'émotions négatives, mais plutôt par rapport à leur méconnaissance ou leur évitement. La « normalité » du point de vue des émotions, c'est de les ressentir toutes. Plusieurs fois par jour. Et si la santé mentale était unanimement définie non pas par l'absence d'émotions – davantage du ressort de la maladie –, mais par un équilibre quantitatif entre émotions négatives et positives, tout le monde irait mieux. Au risque de me

répéter, plus on a conscience de ses émotions négatives et plus on les reconnaît, en meilleure santé on est ⁴.

QUESTIONNAIRES PSYS

Il n'y a aucune raison de ne pas quantifier
ce que l'on ressent

Après les combats entre les éclairés des Lumières et les poètes du romantisme, on a continué d'opposer la raison aux émotions, la science à la subjectivité, l'évaluation aux émotions. Cela n'a aucun sens. Les émotions obéissent à des lois, elles se matérialisent physiologiquement et leur intensité se mesure. Contrairement à ce que l'on pense, la subjectivité s'objective. C'est même un moyen de commencer à morceler le marasme dans lequel on se trouve et de commencer ainsi à s'en extraire. On fait la même chose avec la douleur : on demande aux personnes qui souffrent d'en évaluer le niveau.

*Avec des tests, on sort du noir ou blanc pour
entrevoir des nuances*

Les questionnaires ont des limites, mais ils sont aussi intéressants pour identifier des tendances et suivre son évolution si on a initié un processus de changement. Si on est suivi et que le thérapeute n'en propose pas, on peut

décider d'en remplir soi-même. Il en existe un certain nombre accessible sur Internet (j'en ai aussi proposé systématiquement dans chacun de mes ouvrages). Il est intéressant de privilégier les tests qui permettent de quantifier le fonctionnement, comme ceux qui évaluent l'alexithymie, le niveau de pleine conscience, l'intéroception, la quantité d'émotions négatives et positives, ceux qui évaluent les fonctions exécutives, la santé globale... Les tests permettent non pas de poser des diagnostics, ce serait affligeant, mais d'observer que ces processus de santé ne fonctionnent pas en noir ou blanc, mais avec un curseur que l'on peut déplacer.

On peut également construire cette évaluation et ce suivi chiffré soi-même en établissant une liste de symptômes et en évaluant pour chacun un score d'intensité ou de gêne. Ainsi, avant de démarrer une quelconque démarche, on pose ce dont on souffre : ses symptômes psychologiques, cognitifs, comportementaux, physiques et, pour chaque item posé, on évalue. Par exemple, Marc avait fait la liste suivante : fatigue 9/10 ; pas d'envies 10/10 ; scepticisme 10/10 ; cynisme 10/10 ; absence de libido 9/10 ; excès alcool une bouteille et demie de vin par jour ; troubles du sommeil avec difficultés d'endormissement et surtout réveils vers 4 heures sans possibilité de se rendormir ; sentiment d'être nul, méchant et pas à la hauteur 10/10 ; sentiment de faire du mal à son entourage 8/10 ; colère rentrée 6/10 ; procrastination par rapport au travail 7/10.

Un grand nombre de questionnaires ont été validés scientifiquement après que des chercheurs se sont penchés dessus pour en évaluer la pertinence. Outre les études que ceux-ci permettent de faire, leur évolution dans le temps est très informative. Quand on remplit un questionnaire, le mieux est de ne pas trop réfléchir. Plus les réponses sont spontanées, mieux c'est. À savoir un questionnaire est souvent réducteur. On n'a pas la possibilité d'y développer toutes les nuances que l'on aimerait déployer. Il n'empêche que c'est aussi une façon d'augmenter l'attention à son intériorité et de commencer à réfléchir autrement. Cela augmente les niveaux de conscience de façon générale.

Observer son évolution et ses progrès

Quand, à la fin d'un travail sur soi, on reprend sa liste en réévaluant ou lorsqu'on refait les questionnaires, on a un indicateur de ses progrès éventuels ou de l'inefficacité de ce que l'on a tenté. Quand Marc a refait l'évaluation des niveaux de gêne des items de sa liste, il était surpris de ses réponses antérieures, et surtout par le constat de ses progrès psychologiques – il était persuadé que son sentiment d'être nul n'était pas un sentiment, mais bien une réalité – et physiques. Il a été d'autant plus motivé à poursuivre l'écoute régulière de ses émotions.

En résumé, l'évaluation ne s'oppose pas à l'émotion. Au contraire, travailler avec des questionnaires, c'est s'entraîner à laisser parler sa subjectivité. En dehors du cadre de la recherche, les questionnaires sont particulièrement intéressants pour s'étalonner par rapport à soi-même (plutôt que par rapport aux autres) à titre de suivi thérapeutique.

Le questionnaire de l'intéroception 😊¹

Vous trouverez ci-dessous une liste de propositions. Merci de bien vouloir indiquer la fréquence à laquelle chacune de ces propositions s'applique à vous, de façon générale, dans votre vie de tous les jours. L'échelle de réponse va de 0 (pour « jamais ») à 5 (pour « toujours »).

1. Lorsque je suis tendu, je perçois où la tension se situe dans mon corps.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
2. Lorsque je me sens mal dans mon corps, je le remarque.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
3. J'identifie/je remarque à quel endroit de mon corps je me sens confortable	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5

4. Je perçois les changements dans ma respiration, par exemple lorsqu'elle ralentit ou accélère.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
5. Je ne perçois pas (j'ignore) les tensions physiques ou l'inconfort jusqu'à ce qu'ils ne deviennent sévères.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
6. Je me détache des sensations d'inconfort.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
7. Lorsque je ressens de la douleur ou de l'inconfort, je m'efforce de les surmonter.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
8. Lorsque je ressens une douleur physique, cela me stresse.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
9. Je commence à me soucier que quelque chose n'aille pas dès que je ressens le moindre inconfort.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
10. Je peux percevoir une sensation corporelle déplaisante sans m'en inquiéter.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
11. Je peux prêter attention à ma respiration sans être distrait par les choses qui arrivent autour de moi.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
12. Je peux rester conscient de mes sensations corporelles intérieures même lorsqu'il se	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5

passe beaucoup de choses autour de moi.	
13. Lorsque je suis en conversation avec quelqu'un, je peux porter attention à ma posture.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
14. Je peux rediriger mon attention sur mon corps si je suis distrait.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
15. Je peux détourner mon attention de mes pensées pour la tourner vers mon corps (vers mes sensations corporelles).	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
16. Je peux conserver la conscience de l'ensemble de mon corps même lorsqu'une partie de moi-même éprouve de la douleur ou de l'inconfort.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
17. Je suis capable de focaliser mes pensées de façon consciente sur mon corps dans son entier.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
18. Je perçois comment mon corps change lorsque je suis en colère.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
19. Lorsque quelque chose ne va pas dans ma vie, je peux le ressentir dans mon corps.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
20. Je remarque que mes sensations corporelles changent	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5

après une expérience apaisante.	
21. Je perçois que ma respiration devient dégagée et aisée lorsque je me sens confortable.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
22. Je perçois comment mon corps change lorsque je me sens heureux/joyeux.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
23. Lorsque je me sens débordé, je peux trouver un endroit calme à l'intérieur de moi.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
24. Lorsque je prends conscience de mon corps, je ressens une sensation de calme.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
25. Je peux utiliser ma respiration pour réduire la tension.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
26. Lorsque je suis pris dans mes pensées, je peux calmer mon esprit en me concentrant sur mon corps/sur ma respiration.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
27. Je suis à l'écoute de mon corps concernant mon état émotionnel.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
28. Lorsque je suis stressé, je prends le temps d'explorer comment mon corps se sent.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
29. J'écoute mon corps afin de m'informer sur ce que je dois faire.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5

30. Je suis chez moi dans mon corps.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
31. Je sens que mon corps est un endroit sûr.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
32. Je fais confiance à mes sensations corporelles.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
RÉSULTAT	<div style="background-color: #ccccff; height: 20px; width: 100%;"></div>

Ce questionnaire permet de distinguer huit sous-dimensions².

1° La **capacité à identifier ses perceptions corporelles** (4 items). Exemple : « Je remarque des changements dans ma respiration, notamment une accélération ou un ralentissement de ma respiration. »

2° La **capacité à maintenir un niveau d'attention sur le corps dans son entier** (3 items). Exemple : « Je me distrais des sensations de malaise. »

3° La **capacité à ne pas s'inquiéter des sensations d'inconfort** souvent influencée par la rationalisation ou par la négation des perceptions (3 items). Exemple : « Je commence à craindre que quelque chose ne va pas si je ressens de l'inconfort. »

4° La **régulation de l'attention** (7 items). Exemple : « Je peux faire attention à ma respiration sans être distrait par ce qui se passe autour de moi. »

5° Les **liens entre les perceptions corporelles et les émotions ressenties** (5 items). Exemple : « Je remarque comment mon corps change lorsque je me sens heureux/joyeux. »

6° L'**autorégulation** (4 items). Exemple : « Quand je suis pris dans mes pensées, je peux me calmer en me concentrant sur mon corps/ma respiration. »

7° L'**écoute du corps** (3 items). Exemple : « Quand je suis bouleversé, je prends le temps d'explorer les sensations de mon corps. »

8° La **notion de confiance dans ses perceptions corporelles** (3 items). Exemple : « Je fais confiance à mes sensations corporelles. »

Il est amusant de noter qu'on retrouve une différence entre les deux sexes dans la confiance : les sujets de sexe masculin perçoivent leur corps comme étant plus sûr et digne de confiance que les femmes et, à l'inverse, les scores

montrent que les sujets de sexe féminin ont une meilleure capacité à prendre conscience du lien entre leurs sensations corporelles et leurs états émotionnels³.
Qui l'eût cru ?

RESSENTIMENT

Un mauvais sentiment pour de bonnes personnes ?

Récemment, un livre m'a particulièrement marquée : *Ci-gît l'amer* de Cynthia Fleury¹. Avant de lire cet ouvrage, je ne me rendais pas compte à quel point on avait tous, moi la première, tendance à patauger dans le ressentiment, sentiment d'ailleurs que je n'avais jusque-là jamais nommé. Ce livre m'a incitée à revenir sur ma trajectoire. J'ai réalisé qu'il y a quelques années j'avais basculé. Trop investie dans mon travail avec des personnes traumatisées, j'attendais du soutien émotionnel de mon petit ami, qui ne m'en prodigua pas et décida même de partir après que j'ai perdu un proche. Je me suis enfoncée sans conscience dans l'amertume. Je passais mon temps à ruminer sur son attitude. J'y passais des heures. Je ne regardais dans les livres, dans les hommes autour de moi, dans les nouvelles que ce qui corroborait mes pensées, et j'en venais à estimer que tous les hommes étaient des égoïstes et des lâches. Je me sentais de plus en plus impuissante. Engluée dans un mélange de colère et de tristesse. Par contraste avec cet ex, je me voyais comme quelqu'un de bien. J'adoptais un point de vue binaire sur le monde séparant les bons (moi) et les mauvais (lui). Ce faisant, j'étais dans une attitude rencontrée dans les conflits armés. En effet, lors d'une guerre, il faut faire croire qu'on est en défense, le camp qui ne la souhaite pas,

que c'est l'autre qui a commencé, que son attitude est répréhensible, qu'il est délibérément et intentionnellement inhumain, qu'*a contrario*, en nous battant, nous n'avons que des intentions louables et que tous ceux qui n'adhèrent pas à notre point de vue sont manipulés ou lâches^{*1}.

Forte des échos confirmant ma façon de voir, je généralisais des généralités et je n'hésitais pas à user de mots vertueux et grandiloquents dans le but de provoquer des émotions chez les de plus en plus rares personnes qui m'écoutaient. Par exemple, pour faire passer en force mes idées féministes, je faisais appel à l'« amour de ses enfants », au désir de « paix », à la « liberté », à la « justice », etc. Généralement, je créais une sidération chez mes auditeurs masculins puis, parfois, une explosion de colère qui me confortait dans ma vision des choses. Les notions derrière les grands mots varient selon les auditeurs. Mes interlocuteurs estimaient avoir largement subi leur quota d'injustices. Je hiérarchisais leurs souffrances par rapport aux miennes – alors que je sais pertinemment l'inefficacité de ce procédé que je n'emploie jamais dans mon travail –, ils se sentaient profondément attaqués et j'ai comme ça perdu un ami.

Comment reconnaître qu'on est pris dans le ressentiment ?

Éprouver du ressentiment, c'est ressentir de l'animosité en raison des injustices que l'on a subies. On peut imaginer qu'elle provient de la souffrance de l'enfance disparue et du constat que ce monde idéalisé avec lequel on s'est construit alors n'existe pas et n'existera jamais. Elle vient de la séparation avec ses donneurs de soins. Elle vient du constat que jamais personne ne nous aimera inconditionnellement (pas plus que nous en sommes capables). Elle vient du constat que l'injustice existe. L'amertume est universelle.

On reconnaît le ressentiment aux ruminations qu'il génère. Des ruminations rapidement sans adresse. Par exemple, on part d'une relation amoureuse qui a

mal tourné puis on bascule sur des généralités revanchardes et malveillantes sur l'autre sexe. De la détestation d'une personne, on aboutit à une détestation globale. On parvient de moins en moins à agir. On reste fermé sur soi-même. Sans conscience de ce sentiment et de sa façon de nous polluer, on parvient de moins en moins à compenser. On ressent une sorte de satisfaction « malsaine » à l'alimenter par des contenus extérieurs haineux. On sort complètement des faits et du moment qu'ils l'ont déclenché et on reste dans l'émotion détachée de son contexte. Blessé, triste, envieux, jaloux, on déteste l'autre. On ne lui passe rien. L'effet pervers, c'est que l'on finit par se détester également. À enfermer l'autre dans le camp du mal parce qu'il a fait une erreur, commis une injustice, on finit par se mépriser également à la moindre erreur que l'on commet. Or, mauvaise nouvelle, nous sommes tous également imparfaits² et souvent injustes. Le sentiment d'injustice, souvent légitime, que nous éprouvons, peut générer une volonté de vengeance alimentée par la rumination ou des comportements passifs-agressifs. Nous dégageons de la haine, de l'animosité, nous sommes sur la défensive et nous ne comprenons pas pourquoi on nous fuit, ce qui alimente notre sentiment d'injustice et celui de ne pas être entendu ni compris. On a beau essayer d'intellectualiser et tenter de se raisonner, cela ne nous est d'aucun secours, notre façon de penser étant au cœur de cette émotion non reconnue. De manière générale et contrairement à ce que l'on a supposé, l'influence de l'émotion sur sa façon de penser est plus forte que la force de ses pensées sur l'émotion³.

Cesser de se braquer sur les injustices que l'on subit n'est pas une manière d'entrer dans le relativisme. Beaucoup d'entre nous en subissent et en ont subi. Le problème, c'est que comparer ses souffrances à moins malheureux, même si c'est une réalité, est un processus qui fait aller mal. C'est terrible à dire, mais il y a aussi des personnes victimes d'injustices qui outrepassent de loin les nôtres et qui pourraient nous agresser pour cela comme nous agressons ceux qui ont plus de chance que nous.

*Malheureusement,
on a tous vécu ou on vivra tous
des expériences difficiles,
voire traumatisantes*

Irvin Yalom, dans *Thérapies existentielles*, détaille les principales difficultés à digérer dans la condition humaine⁴. Son exercice favori consiste à prendre une feuille de papier, à tracer une droite symbolisant la durée de vie, avec un trait pour la naissance, un trait pour la mort et de réfléchir à se placer aujourd'hui sur cette ligne du temps ce qui incite forcément à réfléchir⁵. Cela impose de regarder en face l'inéluctabilité et l'imprévisibilité de sa mort. Il détaille aussi les composantes de notre condition humaine, notamment la solitude et la liberté, qui la rendent fragile et suscitent régulièrement en nous de l'anxiété. Reprenons la vie : on est tranquille dans un endroit chaud et liquide, on n'a à s'occuper de rien puis, brutalement, on est arraché du nid. Dehors il fait froid, il y a du bruit, on coupe ce qui nous reliait à un cocon. Bienvenue dans l'expérience de la dépendance, de l'attente, de la séparation. On ne peut subvenir à aucun de ses besoins, on n'aura pas toujours à manger ni à boire quand on aura faim ou soif, on aura parfois la couche sale et personne ne s'en apercevra à moins que l'on hurle, on aura envie de câlins, mais personne ne sera disponible. Inévitables frustrations. Puis viendra le temps d'aller à l'école, on devra rester cloué sur une chaise alors qu'on préférerait aller jouer dehors, à coup sûr, on va faire l'expérience d'être dénigré, critiqué, rejeté, agressé, exclu parce que différent pour quelque chose. Parfois, on prendra des coups, on subira des abus. Rares seront les fois où l'on validera les injustices que l'on aura subies. Les grands ont autres choses à faire et regardent rarement à hauteur d'enfant. Puis les amours. On sera quitté, on aura des expériences sexuelles pour la plupart décevantes quand elles ne seront pas traumatisantes. Pourtant tout le monde dit que c'est super. Donc on se la ferme. Puis les études. On n'aura pas le niveau. D'autres – il en existe toujours – auront de meilleures notes, en apparence plus de chances. Ils porteront les bons vêtements, et pas nous. Ils auront le bon sexe, la bonne

couleur de peau, la bonne religion, le bon milieu familial, amical, social, et pas nous. Ces gens que l'on va envier en se disant qu'ils ont plus de chance et dont on découvre des années plus tard que, malgré leurs conditions idylliques, chez eux se déroulaient des horreurs⁶. Un beau physique, de bonnes études, de bons revenus ne protègent personne de la souffrance. La vie est pleine de « mauvaises » surprises. Et, en disant cela, contrairement à ce que l'on pourrait supposer, je ne suis pas déprimée. D'ailleurs, si je l'étais ce ne serait pas grave, les personnes un peu déprimées ont souvent davantage de pensées réalistes que les « gens normaux » qui ont des biais positifs⁷. La vie est souvent injuste. Et cela ne nous définit pas, cela ne dit rien de soi. La vie, c'est surtout de l'aléatoire et du chaos. Le traumatisme fait malheureusement souvent partie de la vie.

Définir ce que l'on veut plutôt que de rester lié à ceux auxquels on en veut

Si l'objectif est d'aller mieux, ruminer/agresser en arguant des injustices que l'on subit, c'est transférer la possibilité d'agir à l'autre, se condamner à ne pouvoir rien faire et donc c'est se condamner à subir encore et encore. Or, malheureusement, il n'y a qu'en prenant la responsabilité de ses émotions, y compris celles associées à ses traumatismes que l'on cessera d'aggraver malgré soi ses souffrances. J'ai tellement de chance dans mon cabinet de recevoir des personnes en mesure de faire progressivement la distinction entre responsabilité et culpabilité. Cela permet, après une phase guidée de plongée dans les souvenirs traumatiques, d'assister au spectacle très émouvant, pour moi, d'un début de liberté retrouvée, et ce, indépendamment de la gravité des événements subis.

Sortir du ressentiment, c'est observer, sans s'en vouloir, la rage, la déception, l'hostilité que génère le fait de ne pas atteindre ses idéaux, mais SANS non plus renoncer à agir. C'est tenter de « sublimer » ce vécu et cette souffrance, en tentant d'utiliser ce feu intérieur pour agir, écrire, cuisiner, faire quelque chose. C'est tenter de donner une autre signification, par exemple

considérer que le ressentiment témoigne d'une envie d'autre chose. C'est accepter que peu d'humains échappent à cette émotion. C'est tenter d'appréhender l'intérêt de ne pas rester coincés dedans en prenant conscience qu'emmurés dans le ressentiment, on en veut à tout le monde et tout le temps. Au lieu de penser que le ressentiment, c'est « mal », on pourrait aussi le considérer autrement. Parmi les pistes, outre le fait de reconnaître cette émotion sans se condamner, il est intéressant d'apprendre à revenir sur ce que l'on veut plutôt que de se focaliser sur à quoi ou à qui on en veut. Sortir du « en vouloir » pour revenir au « vouloir » tout court.

Il y a plus de mérite à lutter contre du ressentiment qu'à être indifférent

Derrière le ressentiment manifesté, il y a souvent des idéaux qu'on a essayé de poursuivre et qui ont été déçus. Le ressentiment menace davantage des personnes qui se sont concrètement impliquées pour les autres. On en retrouve chez les aidants qui s'occupent notamment de personnes âgées ou démentes. Ils sont alors davantage menacés par le cynisme, le ressentiment, le burn-out, la dépression et l'anxiété⁸. Il est certain qu'on préserve bien davantage sa santé mentale en se tenant loin des vieux, des personnes traumatisées ou des malades⁹. Il est aussi très présent chez les personnes confrontées aux conséquences de désastres : personnels des urgences, secouristes, humanitaires, pompiers, intervenants en charge de traumatismes physiques ou psychologiques¹⁰. On peut considérer comme plus vertueuses – le mot est un peu désuet et moraliste, mais je n'en trouve pas d'autre – les personnes qui repèrent en elles ce ressentiment et qui tentent de le combattre que celles plus indifférentes au monde qui n'en connaîtront pas les affres. Il y a bien plus de grandeur à reconnaître qu'il nous traverse et à tenter de s'en extraire plutôt que d'en éviter les sources et/ou d'en être le jouet sans lucidité. Comme l'écrit si bien Cynthia Fleury : « La lutte contre le ressentiment enseigne la nécessité d'une tolérance à l'incertitude et à

l'injustice. Au bout de cette confrontation, il y a un principe d'augmentation de soi. »

*1. D'après lord Ponsonby, un aristocrate anglais, socialiste et pacifiste.

SANTÉS DISTINCTES

Opposer problèmes physiques et psychologiques, c'est se condamner à rester dedans

Pour des raisons complexes notamment historiques, mais aussi économiques et culturelles, santé physique et santé mentale sont encore considérées comme distinctes. Paul ([ici](#)) est loin d'être le seul à penser qu'il y *aurait deux santés distinctes* avec, d'un côté, la santé physique, grave, importante, qui mériterait des précautions, de la prévention, de l'investissement, des soins précis et, de l'autre, à considérer comme accessoire, nébuleuse et appartenant au champ de la « foi », la santé mentale ou psychologique. On considère encore qu'il y a des maux strictement physiques et des maux strictement psychologiques. À l'issue de certaines consultations avec de « vrais docteurs » ou de conversations avec des proches, certaines personnes présentant des douleurs pour lesquelles on n'a pas retrouvé de causes mécaniques s'entendent dire : « C'est bon, vous n'avez rien. » Comme vient de le révéler la crise sanitaire, et alors que les troubles anxio-dépressifs ont été multipliés par deux notamment chez les adolescents¹, la psychiatrie est le parent oublié de la médecine². Du temps où je faisais mes études de médecine, alors que je voyais mes confrères médecins travailler avec de la technologie de plus en plus poussée, dans des locaux rénovés, n'étaient

dévolus à la psychiatrie que des locaux excentrés et vétustes. En psychiatrie, on avait beaucoup de patients et peu de temps pour les voir. On était appelé pour gérer « les crises », mais rarement en amont, au moment où on aurait pu faire autre chose qu'une piqûre de neuroleptique ou d'anxiolytique. Les urgences psychiatriques étaient l'antichambre de la justice, de la misère sociale, de l'éducation sacrifiée... En quatre ans d'internat et en dix ans de médecine, jamais je n'ai entendu parler d'émotions ni de prévention. Comme l'a titré le journal *Le Monde* il y a peu, la situation de la psychiatrie au bord de l'implosion est passée de grave à catastrophique en France³.

Fini le temps de la guillotine : tête et corps ne sont pas séparés

Pourtant, depuis 1596, date de sa mort, l'hypothèse de Descartes d'une séparation corps-esprit a été largement invalidée⁴. En effet, un certain nombre d'études scientifiques de grande envergure se sont attachées à observer les liens entre problèmes mentaux et physiques. Elles soulignent que les problèmes mentaux sont des facteurs de risque pour des maladies physiques. Et *vice versa*. Ainsi, chez des adolescents, on retrouve des troubles de l'humeur qui précèdent des problèmes d'arthrite et du système digestif, des troubles anxieux des problèmes dermatologiques, des addictions qui précèdent des allergies saisonnières. L'inverse est vrai aussi. Par exemple, on a constaté que des problèmes cardiaques précédaient l'apparition de troubles anxieux ou d'autres troubles mentaux, ou que l'épilepsie se manifestait avant l'apparition de troubles du comportement alimentaire. *Il y a des troubles mentaux derrière les troubles physiques et il y a des troubles physiques derrière les troubles mentaux*⁵.

Une étude portant sur plus de vingt mille personnes en population générale, issues de dix-sept pays différents, a évalué la comorbidité maladies physiques-maladies mentales, les facteurs de stress psychosociaux, les expériences adverses de l'enfance. Elle a démontré plusieurs choses. D'abord, il y a une plus grande

fréquence de dépression et d'anxiété chez les personnes ayant des problèmes physiques chroniques, même si la grande majorité ne rapporte pas de troubles anxieux ou dépressifs. Il a aussi été démontré que de l'adversité dans l'enfance prédispose non seulement à des problèmes mentaux ultérieurs, mais aussi à des problèmes physiques comme l'asthme, l'hypertension, des problèmes cardiaques et des problèmes articulaires inflammatoires⁶. L'association troubles physiques-troubles mentaux est particulièrement nette pour les problèmes cardiovasculaires, l'hypertension, les troubles respiratoires, le diabète et d'autres troubles métaboliques⁷. On peut s'amuser (amusement de psychiatre) à documenter pour chaque organe, les associations de maladies physiques avec des troubles psychologiques. Le syndrome du côlon irritable, par exemple, est souvent associé avec des troubles de l'humeur, à des troubles anxieux, à des troubles paniques et stress post-traumatique⁸. Pareil pour les céphalées, les migraines : on retrouve une association avec plusieurs troubles mentaux préexistants et pas uniquement la dépression⁹. Avec les troubles mentaux, il y a davantage de mortalité précoce et de maladies chroniques¹⁰. L'espérance de vie des personnes souffrant de troubles mentaux est réduite, encore plus chez les hommes, généralement malheureusement plus souvent enclins à penser que la santé mentale ne les concerne pas ou qu'il n'y a rien qu'on puisse faire pour l'améliorer¹¹. La dépression, l'anxiété et l'alcoolisme sont significativement associés à des problèmes cardiaques¹². Il y a tellement d'études qu'il est impossible d'être exhaustif. Aujourd'hui, on n'a plus le droit de considérer que la santé mentale et la santé physique sont indépendantes. *Il n'y a pas de santé physique sans santé mentale*¹³.

D'abord sentir son corps

Avec des pratiques privilégiant des processus du bas vers le haut, c'est-à-dire une primauté donnée à la perception des sensations du corps et une attention particulière d'abord à la respiration (« Comment apprendre à sentir », [ici](#)), on

influence les systèmes musculo-squelettique, cardio-vasculaire et nerveux, et on joue également sur le système hypothalamus-hypophysaire et l'activité du système nerveux sympathique¹⁴. On observe alors des changements concomitants dans les fonctions immunitaires et le bien-être émotionnel¹⁵, ainsi que des effets sur le système digestif, sur certains problèmes neurologiques sur les douleurs chroniques, la dépression et le stress post-traumatique¹⁶. Si l'on voulait faire progresser la médecine, on cesserait donc de se considérer comme des esprits désincarnés ou des corps décapités.

THÉRAPIES

Toutes ne se valent pas

À la décharge des personnes qui refusent catégoriquement de s'intéresser au psychologique, il existe un tel foisonnement de propositions, parfois abracadabrantes, que c'est un vrai casse-tête pour s'y retrouver. Le domaine de la psychiatrie et de la psychologie subit l'influence des évolutions scientifiques et sociétales, et il y a fort à parier que les connaissances que nous avons aujourd'hui auront encore massivement évolué dans quelques années. Les approches, les personnes, les contextes ne sont plus les mêmes qu'il y a un siècle et ne seront plus les mêmes dans trente ou cinquante ans. Cela apparaît un peu comme une lapalissade, mais c'est une réalité. Et pourtant, dans ce domaine, certains se réfèrent encore exclusivement à des cadres conceptuels et des travaux enracinés dans le XIX^e siècle. Bref.

La révolution et les révélations de l'intéroception

Concernant l'*intéroception*, par exemple, cette capacité à ressentir profondément ses sensations physiques, le nombre de travaux et d'articles

scientifiques a explosé en dix ans. Au vu de ces nouvelles données, il semble aujourd'hui obsolète de s'orienter vers des thérapies qui ne prendraient pas en considération l'influence du corps sur l'esprit et qui ne s'appuieraient pas sur la modulation protectrice de l'activation du nerf vague. On a analysé les connexions de ce nerf avec plusieurs régions cérébrales, mais aussi avec les systèmes cardio-vasculaires, respiratoires et alimentaires, qui permettent d'intégrer des informations intéroceptives et, en retour, ont une influence sur l'humeur, la douleur et l'inflammation¹. Grâce à une meilleure connaissance du circuit dont l'élément central est ce nerf, on a pu comprendre comment l'intéroception, donc exercer une attention volontaire aux sensations de son corps, permettait une détection et une évaluation avant même toute conscience². L'intéroception compte. Mais les thérapies qui y font appel ne sont pas encore optimales. Sur quatorze études, seulement la moitié ont montré une efficacité dans la diminution des symptômes, incluant troubles anxieux, troubles du comportement alimentaire, problèmes psychosomatiques et addictions. Celles qui montraient une régression des symptômes montraient toutes un changement dans les mesures d'intéroception³.

Naviguer entre la science et son intuition

Dans le domaine des thérapies, comme dans tous les autres champs de la santé, il faut se documenter, préférer un praticien avec des connaissances à jour et être attentif à certains écueils :

- On a toujours intérêt à rester circonspect devant des thérapies présentées comme des panacées. Les bonnes intuitions se vérifient et se mesurent. Sinon, ce sont des dogmes ou des approches mystico-gélatineuses. Pour vérifier la pertinence et l'efficacité de ce que l'on fait, il est important d'en évaluer les effets en se faisant par exemple une petite grille d'évaluation subjective en début de thérapie et en surveillant après quelques semaines/mois, où on en est ([ici](#)).

- Il faut parfois se méfier de la précipitation dans l'usage de « techniques » psychothérapeutiques. Parce que opposées aux stigmatisations associées aux diagnostics ([ici](#)), un certain nombre de thérapies plaquent des techniques « qui marchent » sans temps préalable de mise à jour structurée de la façon dont se pérennisent les problèmes. Ignorer cette étape, c'est comme décider d'opérer sans savoir pourquoi et où on ouvre. La chirurgie, c'est efficace quand on connaît l'anatomie et qu'on a appris ses indications. Même si on ne travaille pas avec les diagnostics, on travaille avec des processus, par exemple l'intéroception, la reconnaissance de ses émotions, l'ouverture aux autres, processus communs aux pathologies mentales. Ils doivent être expliqués ou faire l'objet de lectures, et des exercices ou des questionnaires peuvent être proposés pour observer l'évolution sur un continuum. Pratiquer seul des exercices dont on comprend la nécessité et observer des changements dans sa subjectivité, cela donne confiance dans ses propres facultés à changer et cela sort de l'illusion que c'est la thérapie ou le thérapeute qui sont indispensables.

- On a tout intérêt à se documenter et à multiplier ses sources sans pour autant se substituer au spécialiste qui a souvent des connaissances et une expérience. Il faut savoir que les approches varient. Plus on lira, plus on deviendra soi-même spécialiste de son problème, et plus on aura de chance d'avancer. Par exemple, la lecture d'ouvrages spécialisés sur ses problèmes diminue par quatre la durée des thérapies. Informé, on est plus observant et on travaille main dans la main avec le praticien. Or un certain nombre de thérapies se refusent à donner des informations accessibles, ce que l'on appelle de la psychoéducation, accusant leurs patients quand il y a échec, de résistance, de mauvaise observance, de manque de motivation... En médecine générale, il a été démontré que l'observance des patients, c'est-à-dire leur adhésion au traitement, était multipliée par deux quand les médecins expliquaient ou remettaient un document écrit. Pourquoi n'en serait-il pas de même en psychiatrie ou en psychologie ? Pour « lâcher prise » et accepter de se laisser aller à pleurer ou à ressentir ses douleurs par exemple, on a besoin d'avoir un minimum d'informations qui nous y poussent. Le déroulement normal d'une émotion n'est pas forcément intuitif. La façon dont leur répression saccage la santé non plus. Parce qu'on aura pris le

temps de nous expliquer ou de nous remettre des documents expliquant ce que l'on va faire et pourquoi, on pourra se sentir plus en sécurité et se laisser davantage aller.

Certains thérapeutes d'obédience X ou Y, qui ont mauvaise presse ou qui appartiennent à des mouvements qui ont peu fait preuve de peu d'efficacité, sont pourtant de bons thérapeutes et d'autres appartenant à des mouvements plus *main stream* (ceux-ci varient selon les époques) sont pris dans des guerres de chapelle et des oppositions stériles et peuvent être nuisibles. Plus les informations circuleront, plus on sortira du simplisme, sans non plus tomber dans le charabia incompréhensible, plus on se sera documenté, et plus on apprendra à sentir, mieux on pourra être en mesure de choisir un thérapeute bon pour soi. Rien ne s'oppose non plus au fait de compléter une approche par une autre. Tout n'est pas inconscient et indépendant de la compréhension ni de la volonté. Tout n'est pas que présent. Tout n'est pas que passé non plus. Il n'y a pas d'opposition entre la raison et les émotions, entre la conscience et l'inconscience, entre le lâcher-prise et la volonté. On peut volontairement décider de lâcher prise, on peut être conscient que l'on manque de conscience, on peut avoir besoin de comprendre pour apprendre à ressentir.

ULTRAMODERNE SOLITUDE

Vouloir ne plus rien sentir face aux autres,
c'est risquer de rester seul

Quand on est stressé auprès des autres, on s'imagine déviant. On se réfère à une norme imaginaire dans laquelle tout le monde serait parfaitement à son aise socialement. On se persuade que notre inquiétude sociale est un problème et qu'il faut le résoudre. Dans cette optique, il arrive qu'on aille voir des psys, des spécialistes de la phobie sociale, des coachs, qu'on se force à faire du théâtre... Le domaine des relations sociales n'échappe pas à l'idée reçue qu'il ne serait pas normal d'y ressentir de l'inconfort et des émotions.

On a donné à des étudiants timides trois minutes pour préparer une présentation de cinq minutes sur leurs forces et leurs faiblesses à exposer ensuite devant des juges. On a séparé ces étudiants en deux groupes. Un groupe était prévenu des effets inévitables du stress social et était invité à reconnaître et à réinterpréter, au cours de l'épreuve, les effets physiologiques du stress, en termes bénéfiques. On leur expliquait par exemple que celui-ci, même s'il n'était pas confortable, augmentait l'attention, la concentration, la vigilance, les facultés de projection et d'anticipation et donc globalement les performances. L'autre groupe ne recevait aucune information. Tous les étudiants se sont retrouvés devant des juges sciemment impassibles ou manifestant une franche hostilité,

notamment avec du non-verbal. Si les étudiants s'interrompaient, les juges insistaient pour qu'ils aillent au bout de leurs cinq minutes. À la fin de celles-ci, on leur demandait de soustraire 7 en partant de 996 pendant cinq minutes supplémentaires. Cette torture est appelée *test de Trier*.

On a constaté chez tous les participants, une agitation physiologique équivalente. Mais chez les préparés, phobiques sociaux ou non, on a surtout constaté de meilleures performances par rapport à celles des membres du groupe auxquels on n'avait rien dit¹.

« *Comment est ta peine² ?* »

Ce qui nous distingue les uns des autres, ce qui fait que l'émotion perdure ou devient un trouble, ce n'est pas la présence de l'émotion en elle-même, mais sa reconnaissance, l'évaluation qu'on en fait³ et la façon dont on l'accepte⁴. Dans cette expérience, c'est le fait d'avoir été informé de la normalité des émotions et de leurs effets qui a changé la donne positivement.

Si j'insiste beaucoup sur les émotions négatives, ce n'est pas par pessimisme, mais pour fournir le maximum d'informations à leur sujet de façon à y être préparé, et surtout pour que leur présence ne soit pas considérée comme une anomalie, puisque c'est la méconnaissance et donc la lutte contre les émotions qui crée les problèmes. Avoir honte ou s'en vouloir d'être anxieux, c'est multiplier ses émotions par deux.

Première information capitale : il est normal d'être anxieux et stressé en présence d'autrui, d'avoir le cœur qui bat plus vite, de se sentir en alerte, sur le qui-vive, parfois même menacé et de se préparer en anticipation à en découdre ou à partir⁵. « L'homme est un loup pour l'homme. »

« Il faudrait qu'on apprenne à vivre avec ça⁶ »

Cette agitation avec ces modifications intérieures peut être profondément ressentie ou bien évitée. Intuitivement, on pourrait penser que moins on ressent son anxiété, mieux on se porte. Surtout dans des situations où l'on est rejeté. Et pourtant les personnes qui décèlent avec précision leurs sensations physiques émotionnelles rapporteront un vécu moins dramatique à l'issue d'interactions sociales hostiles par rapport aux personnes qui se sentent peu (alors que les mesures objectives d'activation physiologique sont comparables).

L'impact de l'ostracisme est moindre chez les personnes qui se sentent avec précision par rapport à celles qui essaient de se couper de leurs sensations ou de changer leurs pensées. Alors qu'elles sentent davantage et que, *de facto*, elles perçoivent initialement avec plus d'intensité l'inconfort associé à leurs émotions⁷, à terme, celles-ci se régulent davantage. Les personnes avec une forte acuité intéroceptive auront moins tendance à se replier sur elles-mêmes par la suite. Elles maintiennent une capacité à s'affilier à d'autres⁸. Plus simplement, on sent davantage le malaise sur le coup, mais il ne nous brise pas dans le fond.

On a donc tout intérêt à déployer cette aptitude à ressentir son corps, d'autant plus que les situations d'exclusion sociale ou le fait d'être en permanence exposé à des visages de personnes en colère (pour ça, il n'y a qu'à regarder les débats politiques) nous amènent facilement à sortir d'une qualité intéroceptive, donc de nous-même. Ces situations orientent notre attention vers l'analyse de l'extérieur⁹. Il y a donc à déceler l'endroit où se porte notre attention, à prendre conscience qu'on n'est plus « dans ses bottes » et à rediriger volontairement celle-ci sur l'identification précise de nos sensations. Les relations avec les autres sont facilitées quand on déploie cette flexibilité dans ces allers-retours intérieur-extérieur¹⁰. Quand on fait des rencontres, potentiellement sources d'amitié ou d'amour, c'est important d'être capable de lire de façon rapide et adaptative les émotions et les intentions de l'autre aussi bien que ses

propres réactions face à elles. Grâce au déploiement de ses facultés intéroceptives, cette analyse se produira de façon automatique.

Plus on ressent son corps, plus on est présent à l'autre, plus on est capable d'empathie¹¹. Plus on est capable d'empathie, moins on produit des hypothèses négatives sur soi et sur les autres, moins on risque de s'enfoncer dans le ressentiment. Moins on est dans le ressentiment à produire des généralités hostiles, plus on est entouré. Plus on se ressent, plus facilement on peut être contaminé par la tristesse, mais aussi la joie d'autrui et, une fois encore, moins on est seul¹².

Plus on se focalise, de la mauvaise manière, sur la peur sociale, en cherchant à l'extérieur tous les indices qui la justifient, plus on passe son temps à décrier ce que les autres ne font pas, plus on justifie son hostilité ou sa fermeture en restant dans ses pensées (ce qui produit de l'idéologie), moins on est attentif aux personnes qui sont gentilles, polies, respectueuses, à l'écoute, plus on stigmatise les autres parce qu'ils n'appartiennent pas à notre groupe politique, social...

En résumé, moins on développe d'aptitudes à ressentir ses sensations physiques avec précision, plus on est seul. Et mal. On souffre tous de plus en plus de solitude, alors que le besoin d'être relié aux autres, le besoin d'appartenance sont fondamentaux. Quand ceux-ci ne sont pas nourris, on a un sentiment d'isolement, et cela a des répercussions sur la santé et sur la mortalité¹³, de même que cela augmente le risque de dépression¹⁴.

Pour réduire cette solitude et ce mal-être généralisés, il serait peut-être intéressant de s'entraîner à placer plus d'attention à nos corps et un peu moins à nos idées/convictions/certitudes et d'apprendre à attribuer notre agitation intérieure non pas à un soi défaillant, mais bien à l'enjeu universel de la proximité avec les autres.

VICTIME

Un trait de caractère ou un état nécessaire transitoire ?

Telle que définie par le dictionnaire, la victime est une personne qui subit les conséquences funestes de quelque chose, des événements ou des agissements d'autrui. Un *trait* en psychologie est une manifestation stable, un *état* une manifestation temporaire. Ainsi, on parle par exemple de l'*anxiété-trait* quand on est quelqu'un de généralement anxieux et d'*anxiété-état* quand, ponctuellement, on est angoissé.

Victime un jour

Depuis vingt-cinq ans, je reçois des personnes traumatisées. J'ai entraîné mon cerveau à ne pas hiérarchiser la gravité des faits qui m'étaient rapportés. D'abord parce que ce n'est pas mon rôle, mon rôle, c'est d'aider les gens à se sentir mieux, mais aussi parce que j'ai observé que l'on pouvait développer de fortes séquelles traumatiques à partir d'un événement, notamment infantile, quand on est face à un environnement immature et toxique, incapable d'empathie envers les émotions de l'enfant en considérant les effets rapportés

comme mineurs ou n'ayant pas lieu d'être. Laure, qui, chaque fois qu'elle pleurait, était taxée d'enfant égocentrique, a eu beaucoup de mal à relayer par la suite les alertes qu'elle ressentait. De ce fait, elle a eu un parcours d'abus sexuels et a mis beaucoup de temps à retrouver un semblant d'estime d'elle-même. Les conséquences d'un traumatisme dépendent de la qualité de l'environnement affectif, mais aussi de l'âge de survenue de l'événement : subi à 3 ou à 10 ans, il n'aura pas les mêmes conséquences.

Lorsqu'on subit un traumatisme, on est généralement impuissant. Dans la sidération. On ne s'y attend pas et on est rarement armé pour y réagir. On passe en mode survie et pour se faire, on *freeze*.

Le mot « victime » est tout à fait adapté en psychothérapie pour commencer à admettre que l'on ne pouvait rien faire et que s'être immobilisé et n'avoir rien dit par exemple étaient les attitudes les plus instinctives et les plus adaptées aux contextes. Si on avait crié, par exemple, on aurait pu être tué. Si on avait parlé, on nous aurait fait taire ou on aurait été insulté ou on aurait été rejeté par des parents sans lesquels on n'était, à l'époque, pas en mesure de survivre. Ressentir de l'impuissance est difficilement tolérable. C'est pourquoi le psychisme cherche impérativement une façon de retrouver du contrôle et comme il n'en a pas sur l'extérieur, il en cherche à l'intérieur. Il se met donc à générer des hypothèses de défaillance. On se met à penser qu'on est nul, qu'on ne mérite pas le respect, que son corps est immonde, qu'on ne peut rien dire... Ces pensées négatives sur soi permettent de relancer l'action. Si, à la suite d'un abus, je pense que je n'ai aucune valeur, je peux au moins essayer d'agir sur moi pour avoir l'illusion d'en retrouver. Reconnaître dans ses tripes qu'on a été victime est donc une étape cruciale.

Auparavant, on ne nommait pas les choses. Au XIX^e siècle par exemple, le terme pédophilie n'existait pas, on parlait d'*attentats à la pudeur*. La notion de viol excluait les garçons, il fallait la pénétration d'un vagin par un pénis pour que cette qualification soit retenue. La pédophilie était médiatisée dans les années 1970 par des personnes qui affirmaient « aimer » les enfants. Quand il n'y a pas de terme pour désigner les faits, on ne peut pas non plus reconnaître de victime, pas plus qu'on ne peut repérer les séquelles liées aux agressions.

La traumatologie a fait des progrès considérables. Les agressions sont de plus en plus répertoriées, y compris celles dans l'enfance avec les *expériences adverses infantiles* dont on a clairement établi l'impact sur la santé et même sur l'espérance de vie de l'adulte. Notamment quand il y a eu cumul.

Pas victime toujours

Dans une psychothérapie, le postulat est que l'on vient pour aller mieux et se débarrasser des séquelles de traumatismes s'ils ont eu lieu. Parfois, certaines personnes ne savent pas que leurs symptômes en sont la conséquence. Mon statut de psychothérapeute fait que je ne reçois quasiment que des personnes qui ne supportent plus de souffrir et qui sont très motivées à travailler sur elles pour faire cesser leur indicible mal-être. Certaines arrivent en colère contre tout, d'autres très déprimées ou avec des trajectoires particulièrement chaotiques et abîmées. Un des premiers stades de la thérapie est de leur faire prendre conscience, non pas en l'assenant, mais grâce à une découverte guidée, de quand dans l'enfance et de comment elles ont été victimes. Et surtout de les aider à admettre que non, elles n'auraient rien pu faire. À ce moment-là, elles ne pouvaient que subir. Dans un deuxième temps, après un travail soigneux de préparation¹, on œuvre à désensibiliser les traumatismes. Sont traversés alors différents états comme la tristesse, la terreur, l'impuissance, la culpabilité, la colère... Plus ils sont ressentis profondément, plus l'abcès traumatique se fragmente et plus il est en mesure de se résorber. Cela nécessite beaucoup de courage de la part des personnes qui font ce chemin, car même si c'est dans des conditions différentes, elles sont en quelque sorte obligées de revivre dans leur chair les événements traumatiques.

De très rares fois, j'ai vu des personnes non pas en attente de soins, mais en demande d'autre chose. Dès la première rencontre, elles exigeaient de moi que je fasse des certificats pour attester de faits dont je n'avais pas été témoin, ou avaient d'autres demandes comme des prolongations d'arrêts de travail de

longue durée, des demandes d'allocation... Elles me plaçaient dans une position non pas de soignant, mais de juge en mesure et en devoir de trancher. Or je n'ai ni la formation, ni l'expérience, ni le goût de cette profession. Ce que j'ai observé en termes de soin, c'est que si j'accédais à leur demande, elles étaient figées dans le statut de victime qui les maintenaient dans leurs séquelles traumatiques. Et, en termes de revanche, n'est-il pas plus injuste de faire le cadeau à un agresseur de séquelles pérennes dans son existence, et plus jouissif de parvenir à se délivrer des nuisances qu'il a générées ? Vouloir rester dans le statut-victime, cela peut aussi être envisagé comme une façon de rester lié à l'agresseur.

À l'issue du travail de désensibilisation traumatique, il est arrivé qu'il faille travailler sur la colère et le ressentiment ([ici](#)). Pourquoi certains sont-ils protégés et pourquoi, moi, je ne l'ai pas été ? On fait alors un travail sur le choix du ressentiment comme stratégie pour aller mieux (ou moins bien) et on observe que les ruminations attisent le brasier de la colère, que cela nuit à toutes les relations, y compris aux relations de soutien, et que cela entame massivement l'épanouissement personnel. Ce faisant, il y a un deuil douloureux à faire qui est celui de la réparation totale. Non, on ne sera plus la personne qu'on était avant.

En résumé, quand on a subi une agression, il y a une nécessité temporaire à se sentir victime et il y a un bénéfice émotionnel évident – et important – à obtenir du soutien de quelqu'un qui nous reconnaît comme telle. Toutefois s'installer durablement dans cette sorte de bénéfices risque de nous rendre dépendant, de nous faire perdre de la liberté, de la dignité et du libre arbitre², cela nous installe également dans l'amertume, la retraumatisation, l'impuissance et le mal-être. On parle donc de victimisation quand on est coincé dans son traumatisme. Quand on a besoin de se définir par lui. Faute d'avoir ressenti l'état de victime, on s'installe dans le statut de victime-trait. On se victimise le plus souvent malgré soi, on se victimise en répétant les mêmes plaintes, souvent parce qu'on n'a pas été entendu, ni guidé, pour parvenir à retraverser les traumatismes puis à s'en défaire. On se victimise faute de maturité émotionnelle généralisée, on se victimise faute de propositions de soins adaptées, on se victimise aussi parfois pour entrer dans une compétition morbide, quand c'est le

seul moyen d'exister et d'être reconnu dans une société qui tend à monter les êtres humains les uns contre les autres. Ce faisant, malheureusement, on fait dans son psychisme une place bien trop grande à son agresseur.

X

Allez, on bande

À poil : émotions et sexe sur le même canal

Du consentement aujourd'hui, on en parle. Quand les mots n'existaient pas, c'était difficile. Ce moment où on peut ressentir un peu de désir et où, en même temps, on sait, au fond, que ce n'est pas le moment et qu'on aurait besoin d'un peu de temps. Sur les sites de rencontre, on consomme essentiellement du sexe. S'y inscrire, c'est presque tacitement accepter cette règle du jeu. Tu ne veux pas ? Ben pourquoi t'es sur le site ? Compte tenu du nombre d'« épicuriens », d'« hédonistes », c'est compliqué d'assumer que l'on n'a pas envie de relations sexuelles, là tout de suite ; on passe pour quelqu'un de coincé ou de moraliste. Sur les réseaux, on voit défiler des vidéos sur mon sexe, mes règles, ma vulve, mon clitoris, ce qui est très bien pour sortir de l'omerta dans laquelle le plaisir a été enfermé pendant des siècles, mais cela peut créer aussi une sorte d'injonction à la sexualité et surtout à une sexualité déconnectée des sentiments. Quoi qu'on en dise, le désir reste encore souvent connecté à l'établissement préalable d'une

intimité émotionnelle¹. Difficile de se mettre à poil et de se laisser aller physiquement face à quelqu'un qui « reste couvert » ou que l'on connaît mal émotionnellement. Valable pour les femmes comme pour les hommes, qui se tyrannisent avec l'injonction de bander comme un taureau lors d'un premier rapport. Lors de l'acte sexuel, on sécrète de l'ocytocine, hormone de l'attachement. Ça ne fait pas un destin, mais c'est une réalité. On peut donc s'attacher, malgré soi, à quelqu'un avec qui on a couché très vite alors que le « contrat » était clair et que cette personne ne nous correspond pas particulièrement.

Pratiquement la moitié des usagères des sites de rencontres ont reçu des sextos, c'est-à-dire un *nude*, un *dick pic* ou un texto à caractère sexuel sans l'avoir voulu². En l'absence d'informations sur le système nerveux autonome et sur la nécessité régulière de repérer, de nommer, de ressentir ses émotions, on voit encore trop souvent des personnes qui vivent la sexualité comme un outil de régulation de leurs tensions internes. C'est évidemment compliqué de prendre conscience de ce phénomène quand on nie encore l'existence d'émotions et qu'on s'en croit exempt. C'est la raison pour laquelle la sexualité est encore considérée plus ou moins explicitement comme un besoin. Avec la généralisation du porno, les hommes sont matraqués par des injonctions à la performance et on leur présente une sexualité dont ils intègrent malgré eux les codes, sous l'angle du vouloir, donc du stress, de l'agitation (il faut produire toujours plus de ce qui est nouveau) et du culte de la performance. Cela peut à la rigueur fonctionner dans la jeunesse, et encore... de plus en plus de jeunes hommes restent à distance de relations potentiellement amoureuses donc sexuelles par flemme, disent-ils, d'avoir à produire un grand jeu qui les ennuie, puis, avec l'âge, cela crée des troubles érectiles et une baisse de désir et de libido. Une sexualité plus « parasymphatique », associée au toucher, aux capacités à sentir, à la montée progressive du désir avec ses aléas est peu valorisée. Concernant les troubles érectiles, on préfère orienter les recherches vers des médicaments qui pallient artificiellement les déficits plutôt que de déceler les origines du dysfonctionnement du système nerveux autonome en s'occupant par exemple des émotions réprimées qui sont à l'origine de ce

déséquilibre. On ne traite donc pas le problème, on reste même en plein dedans. Changer les propositions thérapeutiques supposerait de changer les paradigmes sur les sexualités, de mieux connaître la physiologie, les interfaces corps-esprit, la distribution du système nerveux autonome et l'intérêt de nouveaux apprentissages émotionnels, sensoriels et relationnels.

Quoi qu'on en dise

Depuis que j'exerce, je n'ai pas vu une seule personne à la sexualité très libérée ou exercer de la prostitution sans un passé traumatique et d'alexithymie. Quand j'entends qu'il s'agit d'une liberté, d'un choix éclairé, que l'on ne doit pas faire interdire ni faire de misérabilisme, je reste sceptique. Est-on vraiment libre quand on répète ce que l'on a subi ? Dans mon expérience en consultation, systématiquement, je retrouvais des antécédents, non pris en charge, de climats incestuels, d'intrusions dans l'intimité, d'attouchements, d'abus sexuels dans l'enfance ou de viols.

Dans une sexualité utilisée comme un palliatif, avec de plus en plus besoin de sensations et de moins en moins d'effets, le vécu interne est soit un vécu croissant de vacuité, un peu comme un écœurement et une aspiration vers le néant comme avec une consommation régulière de substances, soit un vécu d'abus et d'insignifiance pour l'autre.

Ces remarques n'ont ni visée morale ni une fin de stigmatisation. Ce sont des mises en garde. Il me semble que ce n'est pas en reniant la physiologie qu'on la transcende, c'est en connaissance de cause, en composant avec elle qu'on retrouve du libre arbitre et le sentiment de respect de soi et d'alignement.

« Y A QU'À FAUT QU'ON »

Du bon usage de la volonté¹

De la propagande nazie avec son *Triomphe de la volonté* au culte du plaisir exclusif des années 1970, on a oscillé dans les extrêmes entre une négation totale de l'individu et une négation de sa part d'influence dans la vie qu'il mène. Certains ont érigé le contrôle en déterminant exclusif de l'action humaine alors que d'autres ont rejeté la volonté au point de réclamer des réformes judiciaires excluant les notions de libre arbitre et de responsabilité. Pourtant, on sait très bien qu'on est content de soi quand on atteint ses objectifs et qu'on déprime quand on n'arrive à rien. Mais, à trop l'exercer, on risque aussi le burn-out. Donc que faut-il faire ? Faut-il entraîner sa volonté, faut-il s'en méfier ?

Contrairement aux idées reçues, il n'y a pas à choisir son camp.

Dans une étude au long cours, il a été observé que chez des Néo-Zélandais observés de 0 à 32 ans, la volonté et la maîtrise de soi manifestées précocement étaient associées à des trajectoires avec une meilleure santé physique, moins de MST, moins d'alcoolisme, moins de pénuries financières, moins de toxicomanie, moins de surpoids². Compte tenu de la manière dont j'ai abordé la notion de « lâcher-prise », cette observation n'est-elle pas en train de contredire tout ce que j'ai raconté jusque-là ? Une fois de plus, on ne peut raisonner en tout ou rien. La volonté, c'est l'axe sympathique (au sens physiologique) du système nerveux autonome, l'axe du stress. Qui a dit qu'il n'en fallait pas ? Tout changement

induit du stress³. Quand on végète dans un travail ou un lieu qui ne nous plaît pas, commencer et mener à bien les démarches nécessaires va mobiliser cet axe du stress nous amenant ainsi à être plus vigilant, moins tranquille, nos pensées ne seront pas dans le présent, et, heureusement, mais dans le futur, de façon à anticiper les prochains problèmes et donc les actions à mener pour les résoudre. Puis enfin installés dans la nouvelle configuration, à défaut de s'y plaire, ce dont on n'est jamais certain avant la réalité du changement, on aura au moins la fierté de s'être donné les moyens de sortir d'une certaine forme de stagnation ou d'immobilisme. Indéniablement la volonté existe. Mais ses stocks sont limités. Dans une même journée, on aura bien plus de volonté le matin qu'en fin de journée. J'ai longtemps cru que j'avais un traumatisme inconscient qui avait dû avoir lieu à 18 heures parce que, systématiquement, à cette heure-là, j'étais accablée de tristesse, de découragement, mes pensées étaient du style, à quoi bon, je n'y arriverai jamais... J'ai eu beau chercher, je n'ai jamais trouvé le traumatisme en question. En revanche, je me suis aperçue que la fois où je m'étais accordé un goûter dans l'après-midi, je ne subissais plus ce phénomène. Je me suis documentée et j'ai découvert que les fléchissements de volonté et du self-control pouvaient être corrélés à... l'hypoglycémie⁴. L'hypothèse était bien moins séduisante que mes théories compliquées sur les reviviscences traumatiques, mais elle a été plus porteuse pour éviter le coup de barre.

Une volonté fluctuante

La volonté n'est pas linéaire et stable. Elle fluctue avec la glycémie, mais elle fluctue aussi avec le *nyctémère*, c'est-à-dire avec nos cycles biologiques inscrits sur vingt-quatre heures. Avec l'avancée de la journée, la volonté s'épuise. Il y a donc tout intérêt à planifier en début de journée les choses qui nous ennuiant. Ce qui l'épuise, ce sont aussi les planifications approximatives. Écrire, sur sa *to-do-list*, « ranger chez moi » ou « avancer sur mon travail » est le meilleur moyen de procrastiner. Plus les tâches sont ennuyeuses ou plus elles

nous paraissent rébarbatives, plus elles doivent être scindées en actions minuscules. De plus, ce qui mobilise le plus intensément la volonté, c'est souvent l'initiation de l'action. Et tant qu'on n'a pas réussi à initier l'action, c'est que la tâche était insuffisamment morcelée. Donc si je n'ai rien rangé chez moi, je me programme de ranger ma chambre et si je n'ai pas réussi à commencer cette tâche, je réduis encore : je prévois par exemple de ramasser mes chaussures qui traînent dans l'entrée. Ce que l'on observe alors, c'est un sentiment de réussite motivant alors que, jusque-là, la tâche prévue étant trop ample, le cerveau n'avait aucune envie de se coltiner une expérience d'échec. La volonté dépend aussi d'un phénomène d'amorçage. Des études montrent qu'en l'exerçant sur une petite habitude (penser régulièrement à se tenir droit, être attentif à parler de façon plus distincte et moins mâchée par exemple), cela améliore le bien-être et les performances dans d'autres domaines.

Une volonté épuisable

Quand l'exercice de la volonté est-il nuisible ? Ce qui amène à la dépression et au burn-out, c'est souvent un épuisement de la volonté. Ce qui amène à cela, c'est le fait de chercher volontairement à contrôler ses pensées. Le fameux chameau. On ferme les yeux pendant une minute, on s'interdit de penser au chameau et, dès qu'on a un chameau en tête, on bouge le doigt. Généralement, alors qu'on n'a pas pensé au mot « chameau » depuis Charles le Chauve, il suffit que l'on se l'interdise pour qu'il prenne toute la place. Vouloir ne plus penser à quelque chose, c'est le figer dans son esprit. Plus on essaie de se défaire « avec les reins », sous-entendu avec beaucoup de volonté, de pensées négatives associées à des émotions, plus on est sensible aux contenus mentaux qu'on prétend repousser. Il est donc stérile de chercher à réprimer ses pensées et les émotions qui vont avec. La volonté peut s'exercer, mais dans la mesure où on la dirige sur l'observation de ses sensations ([ici](#)) ou sur ses émotions avec l'exercice du cahier ([ici](#)). Ainsi, on diminue l'effet rebond⁵. Lorsque des

personnes tiennent uniquement avec la volonté de se contrôler, sans créer de sas de décompression émotionnelle, les émotions s'accumulent, la volonté mobilisée pour empêcher l'émergence des émotions n'est plus disponible pour la réalisation d'autres tâches, l'axe du stress surchauffe, on atteint l'épuisement, le burn-out et la décompensation psychologique. L'issue, c'est donc d'apprendre à créer volontairement des moments où en commençant par l'observation de sa respiration sans chercher à la contrôler, on entraîne sa capacité à relancer le parasympathique, système du relâchement indispensable à la longue vie du sympathique, système du vouloir et des actions. Du bon usage de la volonté.

ZÈBRE

Souvent, ça veut dire pénible

De plus en plus, on voit des personnes qui mettent très vite en avant leur particularisme intellectuel, un peu comme si, après quelques minutes d'échanges avec quelqu'un, on brandissait les résultats de ses analyses d'urine. À la suite de publications à succès, il y a eu un essor autour de la « surdouance ». Pour son narcissisme, il est plus agréable de sortir d'une librairie avec un livre sur le « surdouement » ou l'hypersensibilité qu'avec un ouvrage sur comment se sortir de ses pannes sexuelles ou de ses problèmes d'obsessions morbides.

Comme souvent, on est passé d'un excès à un autre. J'ai vu en consultation un grand nombre de personnes qui s'étaient, toute leur vie, considérées comme des imbéciles et qui se croyaient inaptes. Leur faire découvrir grâce à des tests qu'en réalité non seulement elles n'étaient pas idiotes, mais qu'elles étaient intelligentes, voire très intelligentes était très émouvant. Recommander des tests de QI à ces personnes-là est une nécessité. En revanche, chez des personnes qui brandissent leur pensée en arborescence ou leur hypersensibilité ou leur fonctionnement atypique de surdoués¹, s'en tenir à un QI en omettant d'apprendre à se responsabiliser de ses émotions, en oubliant de prendre en compte des bases du fonctionnement des relations avec autrui, me semble non seulement aberrant mais dangereux. Autrement dit, ce n'est pas parce que l'on est surdoué que l'on n'est pas concerné par tous les processus de développement

psychologique et, notamment, par l'apprentissage des bases de la régulation émotionnelle, et que l'on sera dispensé de sa part de responsabilité dans la croissance de ses aptitudes sociales. Bien au contraire. Le surdouement, ou la surdouance, n'explique ni la dépression ni les troubles psychologiques. Comme on l'a vu, ce sont les difficultés liées à l'intéroception, la non-détection de ses émotions – l'alexithymie –, bref, ce sont d'autres processus qui sont en cause.

Ces nouveaux diagnostics qui n'en sont d'ailleurs pas ne prédisent rien de l'échec ni du succès, ni de la sensibilité aux autres. Il existe des personnes avec des QI de 150 qui sont peu sensibles et humainement assez détestables.

Même si l'établissement d'un QI supérieur à 130 peut expliquer un sentiment de décalage², permettre de comprendre son fonctionnement mental, accélérer la compréhension, le surdouement n'est ni vraiment une piste pour aller mieux, ni un blanc-seing, ni un passe-droit. Faire croire cela, c'est alimenter des illusions au détriment d'un avenir de bonne santé psychologique chez les personnes concernées.

CONCLUSION

Dans ma façon de passer au crible ces différents sujets, je crains toujours de blesser, d'être trop austère ou de sembler à la recherche de la confrontation, de rebuter avec des données trop sérieuses... D'abord, je trouve important de ne pas prendre les gens pour des imbéciles. D'autre part, je refuse de laisser le domaine des émotions glisser dans une nébuleuse *new age*, de l'exclure du domaine de la santé, alors qu'il est central pour nous tous, et de garder pour moi les évolutions et les progrès réalisés dans ce domaine.

Dans cette apparente rudesse, il y a surtout une grande difficulté à supporter que des années de nos vies soient gâchées parce que des inepties continuent d'être relayées sur le marché florissant du bien-être.

En laissant vivre ses émotions sans culpabilité en refusant les injonctions du prêt-à-penser et du y-a-qu'à-ressentir, notre santé ne pourra que s'améliorer.

Voilà ce qui me meut 😊.

NOTES

INTRODUCTION

1. Gewirtz-Meydan A., Opuda E., « The impact of child sexual abuse on men's sexual function : A systematic review », *Trauma Violence Abuse*, 2022, 23 (1), p. 265-277.

ALEXITHYMIE

1. Taylor G. J., Bagby R. M., Parker J. D. A., *Disorders of Affect Regulation. Alexithymia in Medical and Psychiatric Illness*, Cambridge University Press, 1997.
2. Myers L. B., « Alexithymia and repression : The role of defensiveness and trait anxiety », *Personality and Individual Differences*, 1995, 19, p. 489-492.
3. Parker J. D. A., Taylor G. J., Bagby R. M., « Alexithymia : Relationships with ego defense and coping style », *Comprehensive Psychiatry*, 1998, 39, p. 91-98.
4. Di Schiena R., Luminet O., Philippot P., « Adaptive and maladaptive rumination in alexithymia and their relation with depressive symptoms », *Personality and Individual Differences*, 2011, 50, p. 10-14.

5. Parker *et al.*, « Alexithymia : Relationships with ego defense and coping style », art. cit.
6. Nemiah J. C., Sifneos P. E., « Psychosomatic illness : A problem in communication », *Psychotherapy and Psychosomatics*, 1970, 18, p. 154-160.
7. O'Loughlin J. I., Cox D. W., Kahn J. H., Wu A. D., « Attachment avoidance, alexithymia, and gender : Examining their associations with distress disclosure tendencies and event-specific disclosure », *J. Couns. Psychol.*, 2018, 65 (1), p. 65-73.
8. Luminet O., Vermeulen N., Demaret C., Bagby R. M., Taylor G. J., « Levels of processing and alexithymia : Evidence for an overall deficit in remembering emotion words », *Journal of Research in Personality*, 2006, 40, p. 713-733.
9. Tolmunen T., Lehto S. M., Heliste M., Kurl S., Kauhanen J., « Alexithymia is associated with increased cardiovascular mortality in middle-aged Finnish men », *Psychosomatic Medicine*, 2010, 72, p. 187-191.
10. Grabe H. J., Schwahn C., Barnow S., Spitzer C, John U. *et al.*, « Alexithymia, hypertension, and subclinical atherosclerosis in the general population », *Journal of Psychosomatic Research*, 2010, 68, p. 139-147.
11. Porcelli P., Taylor G. J., Bagby R. M., De Carne M., « Alexithymia ad fonctional gastrointestinal disorders : A comparison with inflammatory bowel disease », *Psychotherapy and Psychosomatics*, 1999, 68, p. 263-269.
12. Porcelli P., Zaka S., Leoci C., Centonze S., Taylor G. J., « Alexithymia in inflammatory bowel disease : A case-control study », *Psychotherapy and Psychosomatics*, 1995, 64, p. 49-53.
13. Pecukonis E. V., « Physical self-efficacy and alexithymia in women with chronic intractable back pain », *Pain Management Nursing*, 2009, 10, p. 116-123.
14. Serrano J., Plaza V., Sureda B., de Pablo J., Picado C., Bardagi S., Lamela J., Sanchis J., « Alexithymia : A relevant psychological variable in near-fatal asthma. », *European Respiratory Journal*, 2006, 28, p. 296-302.
15. Huber A., Sumana A. L., Biasib G., Carli G., « Alexithymia in fibromylgia syndrome : Associations with ongoing pain, experimental pain

sensitivity and illness behavior », *Journal of Psychosomatic Research*, 2009, 66, p. 425-433.

16. Parker J. D. A., Taylor G. J., Bagby R. M., Acklin M. W., « Alexithymia in panic disorder and simple phobia : A comparative study », *American Journal of Psychiatry*, 1993, 150, p. 1105-1107.

17. De Groot J. M., Rodin G., Olmsted M. P., « Alexithymia, depression and treatment outcome in bulimia-nervosa », *Comprehensive Psychiatry*, 1995, 36, p. 53-60.

18. Kronholm E., Partonen T., Salminen J. K., Mattila A. K., Joukamaa M., « Alexithymia, depression, and sleep disturbance symptoms », *Psychotherapy and Psychosomatics*, 2008, 77, p. 63-65.

19. Solano L., Donati V., Pecci F., Persichetti S., Colaci A., « Post-operative course after papilloma resection : Effects of written disclosure of the experience in subjects with different alexithymia levels », *Psychosomatic Medicine*, 2003, 65, p. 477-484.

20. Lieberman M. D., Eisenberger N. I., Crockett M. J., Tom S. M., Pfeifer J. H., Way B. M., « Putting feelings into words : Affect labeling disrupts amygdala activity in response to affective stimuli », *Psychol. Sci.*, 2007, 18 (5), p. 421-428.

21. Memarian N., Torre J. B., Haltom K. E., Stanton A. L., Lieberman M. D., « Neural activity during affect labeling predicts expressive writing effects on well-being: GLM and SVM approaches », *Soc. Cogn. Affect. Neurosci.*, 2017, 12 (9), p. 1437-1447.

ATTACHEMENT INFO SERVICES

1. Cassidy J., Shaver P. R., *Handbook of Attachment : Theory, Research, and Clinical Applications*, Guilford Press, 2018, 3^e éd.

2. Quattrocki E., Friston K., « Autism, oxytocin and interoception », *Neurosci. Biobehav. Rev.*, 2014, 47, p. 410-430.

3. Illouz E., *Pourquoi l'amour fait mal. L'expérience amoureuse dans la modernité*, Seuil, « Points », 2014.

4. Badinter E., *L'Amour en plus*, Flammarion, 1982.
5. Illouz E., *Pourquoi l'amour fait mal*, op. cit.
6. Hahusseau S., *Petit guide de l'amour heureux à l'usage des gens un peu compliqués*, Odile Jacob, 2009.
7. Eaker E. D., Sullivan L. M., Kelly-Hayes M., D'Agostino R. B. Sr, Benjamin E. J., « Marital status, marital strain, and risk of coronary heart disease or total mortality : The Framingham Offspring Study », *Psychosom. Med.*, 2007, 69 (6), p. 509-513.
8. Amin H. Z., Amin L. Z., Pradipta A., « Takotsubo cardiomyopathy : A brief review », *J. Med. Life*, 2020, 13 (1), p. 3-7.
9. Kim H. J., Kim M. A., Kim H. L., Park S. M., Kim M., Yoon H. J., Shin M. S., Park S. M., Hong K. S., Shim W. J., « Sex differences of the association between marital status and coronary artery disease in patients experiencing chest pain : The Korean Women's Chest Pain Registry », *Menopause*, 2020, 27 (7), p. 788-793.
10. Fanget F., *Affirmez-vous !*, Odile Jacob, 2011.
11. Tal Ben Shahar, *L'Apprentissage du bonheur*, Belfond, 2008.
12. Cungi C., *Savoir s'affirmer*, Retz, 1996.
13. Hahusseau S., *Petit Guide de l'amour heureux*, op.cit.
14. Gottman J., Silver N., *Les couples heureux ont leurs secrets*, Pocket, 2006.
15. Vincent L., *Comment devient-on amoureux ?*, Odile Jacob, 2004.
16. Uvnas-Moberg K., Petersson M., « Oxytocin, ein Vermittler von Antistress, Wohlbefinden, sozialer Interaktion, Wachstum und Heilung [Oxytocin, a Mediator of Anti-Stress, Well-Being, Social Interaction, Growth and Healing] », *Z. Psychosom. Med. Psychother*, 2005, 51 (1), p. 57-80.
17. Okruszek Ł., Aniszewska-Stańczuk A., Piejka A., Wiśniewska M., Żurek K., « Safe but lonely ? Loneliness, anxiety, and depression symptoms and Covid-19 », *Front. Psychol.*, 2020, 11, 579181.
18. Park Y., Impett E. A., MacDonald G., Lemay E. P., « Saying "thank you" : Partners' expressions of gratitude protect relationship satisfaction and commitment from the harmful effects of attachment insecurity », *J. Pers. Soc. Psychol.*, 2019, 117 (4), p. 773-806.

BIENVEILLANCE

1. Kalra S., Priya G., Grewal E., Aye T. T., Waraich B. K., SweLatt T., Khun T., Phanvarine M., Sutta S., Kaush U., Manilka, Ruder S., Kalra B., « Lessons for the health-care practitioner from buddhism », *Indian J. Endocrinol. Metab.*, 2018, 22 (6), p. 812-817.
2. Philippot P., Feldman R. S., *The Regulation of Emotions*, Taylor & Francis Inc. Publishers, Psychology Press, 2004.
3. Emmons R., *Merci ! Quand la gratitude change nos vies*, Belfond, 2008.
4. Philippot P., *Émotions et psychothérapie*, Mardaga, 2011.
5. Ballesta S., Duhamel J. R., « Rudimentary empathy in macaques' social decision-making », *Proc. Natl Acad. Sci. USA*, 2015, 112 (50), p. 15516-15521.

BIPOLARITÉ

1. Zimmerman M., « Would broadening the diagnostic criteria for bipolar disorder do more harm than good ? Implications from longitudinal studies of subthreshold conditions », *J. Clin. Psychiatry*, 2012, 73 (4), p. 437-443.
2. UK ECT Review Group, « Efficacy and safety of electroconvulsive therapy in depressive disorders : A systematic review and meta-analysis », *The Lancet*, 2003, 361 (9360), p. 799-808.
3. Papanikola G., Borcan D., Sanida E., « Santé mentale au féminin : entre vulnérabilité intrinsèque et impacts des facteurs psychosociaux », *Rev. méd. suisse*, 2015, 11, p. 1750-1754.
4. Hahusseau S., *Comment ne plus subir. Se déconditionner du passé*, Odile Jacob, 2018.

CONFIANCE EN SOI

1. Slovenko R., « Testifying with confidence », *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law Online*, 1999, 27 (1), p. 127-131.
2. Peters H. J., Williams J. M., « Moving cultural background to the foreground : An investigation of self-talk, performance, and persistence following feedback », *Journal of Applied Sport Psychology*, 2006, 18 (3), p. 240-253.
3. Mullis I V. S. Martin M., Foy P. *et al.*, Findings from IEA's Trends in International Mathematics and Science Study at the Fourth and Eighth Grades. *TIMSS 2007, International Mathematics Report*, TIMSS and PIRLS International Study Center, 2007, https://timss.bc.edu/timss2007/PDF/TIMSS2007_InternationalMathematicsR
4. Trzesniewski K. H., Donnellan M. B., Robins R. W. « Stability of self-esteem across the life span », *J. Pers. Soc. Psychol.*, 2003, 84 (1), p. 205-220.
5. Robins R. W., Trzesniewski K. H., Tracy J. L., Gosling S. D., Potter J., « Global self-esteem across the life span », *Psychol. Aging*, 2002, 17 (3), p. 423-434.
6. Perrot A., Schwartz M., *Pasteur et Koch. Un duel de géants dans le monde des microbes*, Odile Jacob, 2014.
7. Lifton R. J., *The Nazi Doctors. Medical Killing and the Psychology of Genocide*, Basic Books, 2000.
8. Ricard M., Trinh X. T., *L'Infini dans la paume de la main. Du big-bang à l'éveil*, Fayard, 2000.
9. Locander W. B., Hermann P. W., « The effect of self-confidence and anxiety on information seeking in consumer risk reduction », *Journal of Marketing Research*, 1979, 16 (2), p. 268-274.
10. Yalom I., *Comment je suis devenu moi-même*, Le Livre de poche, 2021.
11. Sylvestre A., « Les gens qui doutent », album *Comment je m'appelle*, 1974.
12. Monestes J.-L., *ACT. La thérapie d'acceptation et d'engagement en pratique*, Masson, 2017.
13. <https://theirecosmique.com/2016/10/12/muesli-du-matin-pas-bouffe-pesticides/>.

14. Haack S., « Le bras long du sens commun en guise de théorie de la méthode scientifique », *Philosophiques*, 2003, 30 (2), p. 295-320.

CONSCIENCE DE SOI

1. Dunn B. D., Galton H. C., Morgan R., Evans D., Oliver C., Meyer M., Dalgleish T., « Listening to your heart. How interoception shapes emotion experience and intuitive decision making », *Psychological Science*, 2010, 21 (12), p. 1835-1844.
2. Craig A. D. B., « The sentient self », *Brain Structure and Function*, 2010, 214 (5-6), p. 563-577.
3. Hazem N., *Conscience de soi et contact interindividuel. Électrophysiologie et magnétoencéphalographie*, thèse de doctorat de neurosciences cognitives, Sorbonne Université, 2018.
4. Hahusseau S., *Comment ne plus subir, op. cit.*
5. Knapen J., Moriën Y., Vancampfort D., « L'importance de l'exercice physique dans la prévention et le traitement du burn-out », *Neurone*, 2017, 22, p. 1-5.
6. Lou H. C., Changeux J.-P., Rosenstand A., « Towards a cognitive neuroscience of self-awareness », *Neurosci. Biobehav. Rev.*, 2016, 83, p. 765-773.
7. Tsakiris M., Critchley H., « Interoception beyond homeostasis : Affect, cognition and mental health », *Philos. Trans. R. Soc. Lond. Soc. Lond. B. Biol. Sci.*, 2016, 371 (1708), 20160002.
8. Seth A. K., Friston K. J., « Active interoceptive inference and the emotional brain », *Philos. Trans. R. Soc. Lond. B Biol. Sci.*, 2016, 371 (1708), 20160007.
9. Damasio A. R., *Le Sentiment même de soi. Corps, émotions, conscience*, Odile Jacob, 1999, p. 125.
10. Ainley V., Maister L., Brokfeld J., Farmer H., Tsakiris M., « More of myself : Manipulating interoceptive awareness by heightened attention to

bodily and narrative aspects of the self », *Consciousness and Cognition*, 2013, 22 (4), p. 1231-1238.

DIAGNOSTICS

1. Barlow D. H., « Psychological treatments », *American Psychologist*, 2004, 59 (9), p. 869-878.
2. Rijkers C., Schoorl M., Van Hoeken D., Hoek H. W., « Eating disorders and posttraumatic stress disorder », *Curr. Opin. Psychiatry*, 2019, 32 (6), p. 510-517.
3. Amar E., Balsan D., « Les ventes d'antidépresseurs entre 1980 et 2001 », *Études et résultats*, DREES, 2004, 285, <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er285.pdf>.
4. Hirigoyen M.-F., *Le Harcèlement moral. La violence perverse au quotidien*, Syros, 1998.
5. Hayes S., *Get Out of Your Mind and Into Your Life : The New Acceptance and Commitment Therapy*, New Harbinger Publications, 2005.
6. Meillerand D., « Santé mentale : une urgence qui nous concerne tous ? », *Le Figaro.fr. Santé*, 2019.
7. Ramus F. « Peut-on parler d'une épidémie d'autisme ? », *The Conversation*, 14 mai 2017, <https://theconversation.com/peut-on-parler-dune-epidemie-dautisme-73261>.
8. Norton J., Roquefeuil G., David M., Boulenger J.-P., Ritchie K., Mann A., « Prevalence of psychiatric disorders in French general practice using the patient health questionnaire : Comparison with GP case-recognition and psychotropic medication prescription », *Encéphale*, 2009, 35, p. 560-569.
9. Cabanas E., Illouz E., *Happycratie. Comment l'industrie du bonheur a pris le contrôle de nos vies*, Premier Parallèle, 2018.

ÉMOTIONS

1. Nummenmaa L., Glerean E., Hari R., Hietanen J. K., « Bodily maps of emotions », *Proc. Natl. Acad. Sci. USA*, 2014, 111 (2), p. 646-651.
2. Hahusseau S., *Tristesse, peur colère. Agir sur ses émotions*, Odile Jacob, 2006. Ouvrage dans lequel sont recensées toutes les choses à savoir sur les émotions, leur fonctionnement, leur utilité, leur normalité pour moins en avoir peur.
3. Frijda N. H., *The Emotions*, Cambridge University Press, 1986.
4. Hahusseau S., *Tristesse, peur colère, op. cit.*
5. Pauels, M., *L'Effet d'un programme d'entraînement à la pleine conscience sur la perception des sensations corporelles émotionnelles : une étude contrôlée*, faculté de psychologie et des sciences de l'éducation, Université catholique de Louvain (prom. : Philippot, Pierre), 2017.
6. Barlow D. H., Allen L. B., Choate M. L., « Towards a unified treatment for emotional disorders », *Behavior Therapy*, 2004, 35, p. 205-223.

EXPRIMER CE QUE L'ON RESSENT AUX AUTRES

1. <https://www.franceculture.fr/emissions/le-journal-de-la-philosophie/le-journal-de-la-philosophie-du-mercredi-26-septembre-2018>.
2. Rimé B., *Le Partage social des émotions*, PUF, « Quadrige », 2009.
3. *Ibid.*
4. Lac A., Donaldson C. D., « Development and validation of the Drama Triangle Scale : are you a victim, rescuer, or persecutor ? », *J. Interpers. Violence*, 2020, 11:886260520957696.
5. Payne P., Levine P. A., Crane-Godreau M. A., « Somatic experiencing : Using interoception and proprioception as core elements of trauma therapy », *Front. Psychol.*, 2015, 6 (93), p. 1-18.
6. Pennebaker J. W. « Writing about emotional experiences as a therapeutic process », *Psychological Science*, 1997, 8, p. 162-166.
7. Virot C., *Hypnose et autohypnose*, Robert Laffont, 2021.
8. Lieberman M. D., Eisenberger N. I., Crockett M. J., Tom S. M., Pfeifer J. H., Way B. M., « Putting feelings into words », *Psychological Science*,

2007, 18, p. 421-428.

9. Creswell J. D., Baldwin M. W., Eisenberger N. I., Lieberman M. D., « Neural correlates of dispositional mindfulness during affect labeling. Controlled Clinical Trial », *Psychosom. Med.*, 2007, 69 (6), p. 560-565.

10. Lieberman, M.D. *et al.*, « Putting feelings into words », art. cit.

11. Gendlin E. T., *Focusing au centre de soi. Une porte ouverte sur le langage du corps*, Pocket, 2010.

12. Kircanski K., Mortazavi A., Castriotta N., Baker A. S., Mystkowski J. L., Yi, R. *et al.*, « Challenges to the traditional exposure paradigm : Variability in exposure therapy, for contamination fears », *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 2012, 43 (2), p. 745-751.

FRAGILES PSYCHOLOGIQUEMENT

1. Papanikola G., Borcan D., Sanida E., Escard E., « Santé mentale au féminin : entre vulnérabilité intrinsèque et impacts des facteurs psychosociaux ? », *Rev. méd. suisse*, 2015, 11 (487), p. 1750-1754.

2. Del Vecchio M. J., « Femmes et santé mentale », Expert Group Meeting on Women and Health, Tunis, 1998, www.un.org/womenwatch/daw/csw/mentalf.htm. Stoudemire A., *Human Behavior : An Introduction for Medical Students*, Lippincott Williams & Wilkins, 1998.

3. World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Dependence, *Women's Mental Health : An Evidence-Based Review*, OMS, 2000.

4. García-Moreno C., Jansen H. A. F. M., Ellsberg M., Heise L., Watts C., *Multicountry Study on Women's Health and Domestic Violence Against Women. Initial Results On Prevalence, Health Outcomes and Women's Responses*, OMS, 2005.

5. Hahusseau S., *Un homme, un vrai. Dissiper les inégalités émotionnelles hommes-femmes*, Odile Jacob, 2015.

6. Afifi M., « Gender differences in mental health », *Singapore Med. J.*, 2007, 48, p. 385-391.
7. Schuler D., Burla L., *La Santé psychique en Suisse. Monitorage 2012*, Observatoire suisse de la santé (Obsan), 2012.
8. Huston N., *Journal de la création*, Actes Sud, 2001.
9. <http://www.observationsociete.fr/population/lesperance-de-vie-en-bonne-sante-progresse.html>.
10. Schuler D., Burla L., *La Santé psychique en Suisse. Monitorage 2012*, op. cit.
11. García-Moreno C., Jansen H. A. F. M., Ellsberg M., Heise L., Watts C., *Multicountry Study on Women's Health and Domestic Violence Against Women*, op. cit.
12. Sansone R. A., Sansone L. A., « Gender patterns in borderline personality disorder », *Innov. Clin. Neurosci.*, 2011; 8: p. 16-20.
13. Värnik A., Kõlves K., Van der Feltz-Cornelis C. M., « Suicide methods in Europe : A gender-specific analysis of countries participating in the « European Alliance Against Depression. », *J. Epidemiol. Community Health*, 2008; 62: p. 545-551.
14. Sansone R. A., Sansone L. A., « Gender patterns in borderline personality disorder », art. cit.
15. Haack S., Seeringer A., Thürmann P. A., Becker T., Kircheiner J., « Sex-specific differences in side effects on psychotropic drugs : Genes or gender ? », *Pharmacogenomics*, 2009, 10, p. 1511-1126.
16. Kapur N., Hunt I., Lunt M., « Primary care consultation predictors in men and women : A cohort study », *Br. J. Gen. Pract.*, 2005, 55, p. 1081-113.
17. Castonguay L. G., Beutler L. E., *Principles of Therapeutic Change That Work*, Oxford University Press, 2006.

GÉNÉRATIONS

1. Verdrager P., *L'Enfant interdit. Comment la pédophilie est devenue scandaleuse*, Armand Colin, 2013.
2. Kouchner C., *La Familia grande*, Seuil, 2021. Springora V., *Le Consentement*, Grasset, 2020.
3. Ambroise-Rendu A.-C., *Histoire de la pédophilie*, Fayard, 2014.
4. Hahusseau S., *Comment ne plus subir*, op. cit.

GRANDIR

1. Pleux D., *De l'enfant roi à l'enfant tyran*, Odile Jacob, 2020, nouvelle édition.

HISTOIRE DES ÉMOTIONS

1. Corbin A., Courtine J.-J., Vigarello G. (dir.), *Histoire des émotions*, Seuil, 2016, 3 vol.

HUMOUR

1. Kuiper N. A., Grimshaw M., Leite C., Kirsh G., « Humor is not always the best medicine : Specific components of sense of humor and psychological well-being », *Humor*, 2004, 17 (1-2), p. 135-168.
2. Martin R. A., Puhlik-Doris P., Larsen G., Gray J., Weir K., « Individual differences in uses of humor and their relation to psychological well-being : Development of the Humor Styles Questionnaire », *Journal of Research in Personality*, 2003, 37 (1), p. 48-75.
3. Heintz S., « Putting a spotlight on daily humor behaviors : Dimensionality and relationships with personality, subjective well-being,

and humor styles », *Personality and Individual Differences*, 2017, 104 (1), p. 407-412.

4. Heintz S., Ruch W., « Can self-defeating humor make you happy ? Cognitive interviews reveal the adaptive side of the self-defeating humor style », *Humor : International Journal of Humor Research*, 2018, 31, p. 451-472.

5. Ruch W., McGhee P., « Humor intervention programs », in Parks A. C., Schueller S. M. (dir.), *The Wiley Blackwell Handbook of Positive Psychological Interventions*, 2014, John Wiley & Sons, p. 179-193.

6. Janes L., Olson J., « Humor as an abrasive or a lubricant in social situations : Martineau revisited », *Humor : International Journal of Humor Research*, 2015, 28 (2), p. 271-288.

7. Samson A. C., Gross J. J., « The dark and light sides of humor. An emotion-regulation perspective », in Gruber J., Moskowitz J. T. (dir.), *Positive Emotion. Integrating the Light Sides and Dark Sides*, Oxford University Press, 2014, p. 169-182.

8. Szabo A., « The acute effects of humour and exercise on mood and anxiety », *Journal of Leisure Research*, 2003, 35 (2), p. 152-162.

9. Van Dillen L. F., Koole S. L., « Clearing the mind : A working memory model of distraction from negative emotion », *Emotion*, 2007, 7 (4), p. 715-723.

10. Samson A. C., Glassco A. L., Lee I. A., Gross J. J., « Humorous coping and serious reappraisal : Short-term and longer-term effects », *Europe's Journal of Psychology*, 2014, 10 (3), p. 571-581.

11. Foland-Ross L. C., Gilbert B. L., Joormann J., Gotlib I. H., « Neural markers of familial risk for depression : An investigation of cortical thickness abnormalities in healthy adolescent daughters of mothers with recurrent depression », *Journal of Abnormal Psychology*, 2015, 124 (3), p. 476-485.

12. Liverant G. I., Brown T. A., Barlow D. H., Roemer L., « Emotion regulation in unipolar depression : The effects of acceptance and suppression of subjective emotional experience on the intensity and duration of sadness and negative affect », *Behaviour Research and Therapy*, 2008, 46 (11), p. 201-209.

13. Francis L. E., Monahan K., Berger C., « A laughing matter ? The uses of humor in medical interactions », *Motivation and Emotion*, 1999, 23 (2), p. 155-174.
14. Garrick J., « The humour of trauma survivors : It's application in a therapeutic milieu », *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma*, 2006, 12 (1-2), p. 169-182.
15. Vaillant G. E., « Adaptive mental mechanisms. Their role in a positive psychology », *American Psychologist*, 2000, 55 (1), p. 89-98.
16. Greenberg L. S., *Emotion-Focused Therapy : Revised Edition*, APA, 2017.
17. Van der Wal C. N., Kok R. N., « Laughter-inducing therapies : Systematic review and meta-analysis », *Soc. Sci. Med.*, 2019, 232, p. 473-488.
18. Webb T. L., Lindquist K. A., Jones C., Avishai-Yitshak A., Sheeran P., « Situation selection is an effective emotion regulation strategy, especially for people who need help regulating their emotions », *Cognition and Emotion*, 2018, 32, p. 231-248.
19. Buchanan M., Keats P., « Coping with traumatic stress in journalism : A critical ethnographic study », *International Journal of Psychology*, 2011, 46 (2), p. 127-135.
20. Scott T., « Expression of humour by emergency personnel involved in sudden deathwork », *Mortality*, 2007, 12 (4), p. 350-364.
21. Rowe A., Regehr C. « Whatever gets you through today : An examination of cynical humor among emergency service professionals », *Journal of Loss and Trauma*, 2010, 15 (5), p. 448-464.
22. Craun S. W., Bourke M. L., « The use of humor to cope with secondary traumatic stress », *J. Child Sex Abus.*, 2014, 23 (7), p. 840-852.
23. Klatzmann J., *L'Humour juif*, PUF, 2020.

INTÉROCEPTION

1. Murphy J., Brewer R., Catmur C., Bird G., « Interoception and psychopathology : A developmental neuroscience perspective », *Dev. Cogn. Neurosci.*, 2017, 23, p. 45-56.
2. Goodkind M., Eickhoff S. B., Oathes D. J. *et al.*, « Identification of a common neurobiological substrate for mental illness », *JAMA Psychiatry*, 2015, 72, p. 305-315.
3. Sharrington C. S., *The Integrative Action of the Nervous System*, Cambridge University Press, 1948.
4. Craig A. D., « How do you feel ? Interoception : The sense of the physiological condition of the body », *Nature Reviews Neuroscience*, 2002, 3 (8), p. 655-666.
5. Murphy J., Brewer R., Hobson H., Catmur C., Bird G., « Is alexithymia characterised by impaired interoception ? Further evidence, the importance of control variables, and the problems with the Heartbeat Counting Task », *Biol. Psychol.*, 2018, 136, p. 189-197.
6. Garfinkel S. N., Tiley C., O'Keefe S., Harrison N. A., Seth A. K., Critchley H. D., « Discrepancies between dimensions of interoception in autism : Implications for emotion and anxiety », *Biol. Psychol.*, 2016, 114, p. 117-126.
7. Garfinkel S. N., Critchley H. D., « Interoception, emotion and brain : New insights link internal physiology to social behaviour. Commentaire sur : « Anterior insular cortex mediates bodily sensibility and social anxiety » de Terasawa *et al.* (2012) », *Soc. Cogn. Affect. Neurosci.*, 2013, 8 (3), p. 231-234.
8. Wiens S., Mezzacappa S., Katkin E. S., « Heartbeat detection and experience of emotions », *Cognition and Emotion*, 2010, 1 (3), p. 417-427.
9. Reinhardt K. M., Zerubavel N., Young A. S., Gallo M., Ramakrishnan N., Henry A., Zucker N. L., « A multi-method assessment of interoception among sexual trauma survivors », *Physiol. Behav.*, 2020, 1 (226), 113108.
10. Garfinkel S. N., « Interoceptive signals from the heart can guide cognitive and perceptual experience », Philosophy at the University of Edinburgh, YouTube, novembre 2017. <https://www.youtube.com/watch?v=WqRss1NnEII>.

11. Sugawara A., Terasawa Y., Katsunuma R., Sekiguchi A., « Effects of interoceptive training on decision making, anxiety, and somatic symptoms », *Biopsychosoc. Med.*, 2020, 17 (14), p. 7.
12. Khalsa S. S., Adolphs R., Cameron O. G., Critchley H. D., Davenport P. W., Feinstein J. S., Feusner J. D., Garfinkel S. N., Lane R. D., Mehling W. E., Meuret A. E., Nemeroff C. B., Oppenheimer S., Petzschner F. H., Pollatos O., Rhudy J. L., Schramm L. P., Simmons W. K., Stein M. B., Stephan K. E., Van den Bergh O., Van Diest I., von Leupoldt A., Paulus M. P., « Interoception Summit 2016 participants. Interoception and mental health : A roadmap », *Biol. Psychiatry Cogn. Neurosci. Neuroimaging*, 2018, 3 (6), p. 501-513.
13. Brillon P., *Se relever d'un traumatisme. Réapprendre à vivre et à faire confiance*, Québecor, 2004.
14. Gendlin E. T., *Focusing : How to Gain Direct Access to Your Body's Knowledge. 25th Anniversary Edition of the Classic Bestseller Revised and Updated*, Rider, 2003.
15. Levine P., *Réveiller le tigre. Guérir le traumatisme*, InterÉditions, 2013.
16. Shapiro F., Silk Forrest M., *Des yeux pour guérir*, Seuil, « Points Essais », 2014.

JUGEMENT (sans)

1. Klein O., Livingston R. W., Snyder M., « Être ou ne pas être politiquement correct ? La relation entre préjugé et expression d'impressions stéréotypées en fonction du self-monitoring », *Les Cahiers internationaux de psychologie sociale*, 2005, 3-4 (67-68), p. 55-64.
2. Hahusseau S., *Authentique si je veux*, Armand Colin, 2013.
3. Kahalon R., Shnabel N., Becker J. C., « Positive stereotypes, negative outcomes : Reminders of the positive components of complementary gender stereotypes impair performance in counter-stereotypical tasks », *Br. J. Soc. Psychol.*, 2018, 57 (2), p. 482-502.

4. Ferrant G., Kolev A., *The Economic Cost of Gender-Based Discrimination in Social Institutions*, OECD Development Centre/OECD Publishing, 2016. CEBR, *The Value of Diversity. An Involve Report Prepared by CEBR*, Londres, 2018.
5. Falbén J. K., Olivier J. L., Golubickis M., Ho N. S. P., Persson L. M., Tsamadi D., Marinopoulou E., Bianciardi B., Cunningham W. A., Macrae C. N., « Stop stereotyping », *Atten. Percept. Psychophys.*, 2019, 81 (5), p. 1228-1235.
6. Macrae C. N., Bodenhausen G. V., Milne A. B., Jetten J., « Out of mind but back in sight : Stereotypes on the rebound », *Journal of Personality and Social Psychology*, 1994, 67 (5), p. 808-817.
7. Macrae C. N., Bodenhausen G. V., Milne A. B., « Saying no to unwanted thoughts : Self-focus and the regulation of the mental life », *Journal of Personality and Social Psychology*, 1998, 74 (3), p. 578-589.
8. Klein O., Licata L., Azzi A. E., Durala I., « How European am I? Prejudice expression and the presentation of social identity », *Self and Identity*, 2003, 2, p. 251-264.
9. Klein O., Livingston R. W., Snyder M., « Être ou ne pas être politiquement correct ? La relation entre préjugé et expression d'impressions stéréotypées en fonction du self-monitoring », art. cit.
10. Zuo B., Wen F., Wang M., Wang Y., « The mediating role of cognitive flexibility in the influence of counter-stereotypes on creativity », *Front. Psychol.*, 2019, 10, p. 105.

KILOS

1. Hahusseau S., *Comment ne plus subir, op. cit.*
2. Damasio A., *L'Erreur de Descartes*, Odile Jacob, 1995.

LÂCHER PRISE

1. Senk P., « Lâcher prise, c'est accepter ses limites », *Psychologies*, 2021, <https://www.psychologies.com/Moi/Se-connaître/Comportement/Interviews/Lacher-prise-c-est-accepter-ses-limites>.
2. Cour F., Droupy S., Faix A., Methorst C., Giuliano F., « Anatomie et physiologie de la sexualité », *Prog. Urol.*, 2013, 23 (9), p. 547-561.
3. Servan-Schreiber D., *Guérir de l'anxiété et de la dépression sans médicaments*, Pocket, 2011.
4. La Rovere M. T., Pinna G. D., Maestri R., « Short-term heart rate variability strongly predicts sudden cardiac death in chronic heart failure patients », *Circulation*, 2003, 107(4), p. 565-570.
5. Catai A. M., Pastre C. M., Godoy M. F., Silva E. D., Takahashi A. C. M., Vanderlei L. C. M., « Heart rate variability: are you using it properly ? Standardisation checklist of procedures », *Braz. J. Phys. Ther.*, 2020, 24 (2), p. 91-102.
6. Voss A., Schroeder R., Truebner S., Goernig M., Figulla H. R., Schirdewan A., « Comparison of nonlinear methods symbolic dynamics, detrended fluctuation, and Poincare plot analysis in risk stratification in patients with dilated cardiomyopathy », *Chaos*, 2007, 17 (1), 015120.
7. Guzzetti S., Borroni E., Garbelli P. E., « Symbolic dynamics of heart rate variability : A probe to investigate cardiac autonomic modulation », *Circulation*, 2005, 112 (4), p. 65-470.
8. Keller M., Pelz H., Perlitz V., Zwerings J., Röcher E., Baqapuri H. I., Mathiak K., « Neural correlates of fluctuations in the intermediate band for heart rate and respiration are related to interoceptive perception », *Psychophysiology*, 2020, 57 (9), e13594.

MÉDITATION

1. Van Dam N. T. *et al.*, « Mind the hype : A critical evaluation and prescriptive agenda for research on mindfulness and meditation », *Perspectives on Psychological Science*, 2018, 13 (1), p. 36-61.

2. Dreyfus G., « Is mindfulness present-centered and non-judgmental ? A discussion of the cognitive dimensions of mindfulness », *Contemporary Buddhism*, 2011, 12, p. 41-54.
3. Gunderson G. « The science is in, and meditation may be the next big business opportunity », *Forbes*, 28 juin 2016, <https://www.forbes.com/sites/garrettgunderson/2016/06/28/the-science-is-in-and-meditation-may-be-the-next-big-business-opportunity/?sh=1ee5d140546e>.
4. Huffington A., « Mindfulness, meditation, wellness and their connection to corporate America's bottom line », *Huffington Post*, 18 mars 2013.
5. Coyne J. C., « Is mindfulness-based therapy ready for rollout to prevent relapse and recurrence in depression ? », 20 mai 2015. <https://www.coyneoftherealm.com/2015/05/20/is-mindfulness-based-therapy-ready-for-rollout-to-prevent-relapse-and-recurrence-in-depression/>.
6. Kabat-Zinn J., *Full Catastrophe Living : The Program of the Stress Reduction Clinic at the University of Massachusetts Medical Center*, Delta, 1991.
7. Baer R. A., Smith G. T., Hopkins J., Kitemeyer J., Toney L., « Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness », *Assessment*, 2006, 13, p. 27-45.
8. Strauss C., Cavanagh K., Oliver A., Pettman D., « Mindfulness-based interventions for people diagnosed with a current episode of an anxiety or depressive disorder : A meta-analysis of randomised controlled trials », *PLoS ONE*, 2014, 9 (4), e96110.
9. Goldin P. R. *et al.*, « Group CBT versus MBSR for social anxiety disorder : A randomized controlled trial », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2016, 84, p. 427-437.
10. Goyal M. *et al.*, « Meditation programs for psychological stress and well-being : A systematic review and meta-analysis », *JAMA Internal Medicine*, 2014, 174, p. 357-368.
11. Dimidjian S., Segal S. V., « Prospects for a clinical science of mindfulness-based intervention », *American Psychologist*, 2015, 70, p. 593-620.

12. Santorelli S., *Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) : Standards of Practice*, Center for Mindfulness in Medicine, Health Care, and Society, University of Massachusetts Medical School, 2014.
13. Dobkin P. *et al.*, « For whom may participation in a mindfulness-based stress reduction program be contraindicated ? », *Mindfulness*, 2011, 3, p. 44-50.
14. Lomas T., Cartwright T., Edginton T., Ridge D., « A qualitative analysis of experiential challenges associated with meditation practice », *Mindfulness*, 2015, 6, p. 848-860.
15. Carrère E., *Yoga*, POL, 2020.
16. Brewin C. R., « Re-experiencing traumatic events in PTSD : New avenues in research on intrusive memories and flashbacks », *European Journal of Psychotraumatology*, 2015, 6, p. 271-280.
17. Segal Z. V., Williams J. M. G., Teasdale, J. D., *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression : A New Approach to Preventing Relapse*, Guilford Press, 2002.
18. Fox K. C. R. *et al.*, « Is meditation associated with altered brain structure ? A systematic review and meta-analysis of morphometric neuroimaging in meditation practitioners », *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 2014, 43, p. 48-73.
19. Heeren A., Van Broeck N., Philippot P., « The effects of mindfulness on executive processes and autobiographical memory specificity », *Behaviour Research and Therapy*, 2009, 47, p. 403-409. Williams J. M., Teasdale J. D., Segal Z. V., Soulsby J., « Mindfulness-based cognitive therapy reduces overgeneral autobiographical memory in formerly depressed patients », *J. Abnorm. Psychol.*, 2000, 109 (1), p. 150-155.
20. Cabanas E., Illouz E., *Happycratie. Comment l'industrie du bonheur a pris le contrôle de nos vies, op cit.*
21. Moore A., Malinowski P., « Meditation, Mindfulness and Cognitive Flexibility », *Consciousness and Cognition*, 2009, 18, p. 176-186.
22. Philippot P., *Émotions et psychothérapie*, Mardaga, 2007.
23. Heeren A., Philippot P., « Les interventions basées sur la pleine conscience : une revue conceptuelle et empirique [Mindfulness-based

interventions : A conceptual and empirical review] », *Revue québécoise de psychologie*, 2010, 31 (3), p. 37-61.

24. Greenberg L. S., *Emotion-Focused Therapy : Coaching Clients to Work Through Their Feelings*, APA, 2002.

25. Khalsa S. S., Rudrauf D., Hassanpour M. S., Davidson R. J., Tranel D., « The practice of meditation is not associated with improved interoceptive awareness of the heartbeat », *Psychophysiology*, 2020, 57 (2), e13479.

ORIGINE DES ÉMOTIONS

1. Payne P., Levine P., Crane-Godreau M., « Somatic experiencing : Using interception and proprioception as core elements of trauma therapy », *Front. Psychol.*, 2015, 6, p. 93.

PASSÉ

1. <https://esprit-kintsugi.com/en/>.

2. Luybormisky S., *Comment être heureux et le rester*, Marabout, 2011.

3. Damasio A., *L'Erreur de Descartes*, op. cit.

4. Cloitre M., Cohen L., Koenen K., *Treating Survivors of Childhood Abuse*, Guilford Press, 2006.

5. Williams J. M. G., Barnhofer T., Crane C., Hermans D., Raes F., Watkins E., Dalgleish T., « Autobiographical memory specificity and emotional disorder », *Psychological Bulletin*, 2007, 133, p. 122-148.

6. Heeren A., Philippot P., « Changes in ruminative thinking mediate the clinical benefits of mindfulness : Preliminary findings », *Mindfulness*, 2011, 2, p. 8-13.

7. Young J., Klosko J., *Je réinvente ma vie*, Éditions de l'Homme, 2018.

8. Bourgault R., « 8. Trauma complexe ou DESNOS », in Kédia M. (dir.), *L'Aide-Mémoire de psychotraumatologie en 49 notions*, Dunod, « Aide-

Mémoire », 2013, p. 64-71.

PHOBIE DES ÉMOTIONS

1. Harvey A. *et al.*, *Cognitive Behavioural Processes Across Psychological Disorders. A Transdiagnostic Approach to Research and Treatment*, Oxford University Press, 2004.
2. Allen L. B., McHugh R. K., Barlow D. H., « Emotional disorders : A unified protocol », in Barlow D. H. (dir.), *Clinical Handbook of Psychological Disorders. A Step-by-Step Treatment Manual*, The Guilford Press, 2008.
3. Barlow D. H. *et al.*, « Towards a unified treatment for emotional disorders », art. cit.
4. La Marca L., Maniscalco E., Fabbiano F., Verderame F., Schimmenti A., « Efficacy of Pennebaker's expressive writing intervention in reducing psychiatric symptoms among patients with first-time cancer diagnosis : A randomized clinical trial », *Support Care Cancer*, 2019, 27 (5), p. 1801-1809.

QUESTIONNAIRES PSYS

1. « Évaluation multidimensionnelle de la conscience de soi » (traduction : Pr T. Similowski et Dr L. Laviolette, ER10 UMPC, département de physiologie, faculté de médecine Pierre-et-Marie-Curie, Laboratoire de physiopathologie respiratoire, université Paris-VI, Paris, France, https://osher.ucsf.edu/sites/osher.ucsf.edu/files/inline-files/MAIA_French.pdf).
2. Mehling W. E., Price C., Daubenmier J. J., Acree M., Bartmess E., Stewart A., « The Multidimensional Assessment of Interoceptive Awareness (MAIA) », *PLoS ONE*, 2012, 7 (11), e48230.

3. Brunet F., *Place du corps dans la relation. Étude de l'intéroception et de l'attachement*, thèse de médecine humaine et pathologie, université Paris-Descartes, 3 février 2021.

RESSENTIMENT

1. Fleury C., *Ci-gît l'amer. Guérir du ressentiment*, Paris, Gallimard, 2020.
2. André C., *Imparfais, libres et heureux*, Odile Jacob, 2006.
3. Damasio A., *L'Erreur de Descartes*, *op. cit.*
4. Yalom I., *Thérapie existentielle*, Le Livre de Poche, 2017.
5. Yalom I., *Comment je suis devenu moi-même*, Le Livre de Poche, 2021.
6. Kouchner C., *La Familia grande*, *op. cit.*
7. Soderstrom N. C., Davalos D. B., Vásquez S. M., « Metacognition and depressive realism : Evidence for the level-of-depression account », *Cogn. Neuropsych.*, 2011, 16 (5), p. 461-472.
8. Aggar C., Ronaldson S., Cameron I. D., « Self-esteem in carers of frail older people : Resentment predicts anxiety and depression », *Aging Ment. Health*, 2011, 15 (6), p. 671-678.
9. Bhan N., Rao N., Raj A., « Gender differences in the associations between informal caregiving and wellbeing in low- and middle-income countries », *J. Womens Health (Larchmt)*, 2020, 29 (10), p. 1328-1338.
10. Mitchell J. T., « Collateral damage in disaster workers », *Int. J. Emerg. Ment. Health*, 2011, 13 (2), p. 121-125.

SANTÉS DISTINCTES

1. Benton T. D., Boyd R. C., Njoroge W. F. M., « Adressing the global crisis of child and adolescent mental health », *JAMA Pediatr.*, 2021,175 (11), p. 1108-1110.

2. <https://reporterre.net/La-sante-mentale-grande-oubliee-de-la-crise-sanitaire>.
3. Kervasdoué J. de, Zagury D., « La situation de la psychiatrie en France est passée de grave à catastrophique », *Le Monde*, 1^{er} juillet 2020. Béguin F., « La psychiatrie “au bord de l’implosion” en France », *Le Monde*, 19 septembre 2019.
4. Damasio A., *L’Erreur de Descartes*, *op. cit.*
5. Tegethoff M., Stalujanis E., Belardi A., Meinschmidt G., « Chronology of onset of mental disorders and physical diseases in mental-physical comorbidity : A national representative survey of adolescents », *PLoS ONE*, 2016, 11 (10), e0165196.
6. Von Korff M. R., Scott K. M., Gureje O., *Global Perspectives on Mental-Physical Comorbidity in the WHO World Mental Health Surveys*, Cambridge University Press, 2009.
7. Iacovides A., Siamouli M., « Comorbid mental and somatic disorders : An epidemiological perspective », *Curr. Opin. Psychiatry*, 2008, 21 (4), p. 417-421.
8. Mayer E. A., Craske M., Naliboff B. D., « Depression, anxiety, and the gastrointestinal system », *J. Clin. Psychiatry*, 2001, 62 (suppl. 8), p. 28-36 ; discussion p. 7.
9. Bruffaerts R., Demyttenaere K., Kessler R. C., Tachimori H., Bunting B., Hu C. *et al.*, « The associations between preexisting mental disorders and subsequent onset of chronic headaches: a worldwide epidemiologic perspective », *J. Pain*, 2015, 16 (1), p. 42-52.
10. Lawrence D., Kisely S., Pais J., « The epidemiology of excess mortality in people with mental illness », *Can. J. Psychiatry*, 2010, 55 (12), p. 752-760.
11. Wahlbeck K., Westman J., Nordentoft M., Gissler M., Laursen T. M., « Outcomes of Nordic mental health systems : Life expectancy of patients with mental disorders », *Br. J. Psychiatry*, 2011, 199 (6), p. 453-458.
12. Scott K. M., de Jonge P., Alonso J. *et al.*, « Associations between *DSM-IV* mental disorders and subsequent heart disease onset : Beyond depression », *Int. J. Cardiol.*, 2013, 168 (6), p. 5293-5299.

13. Prince M., Patel V., Saxena S., Maj M., Maselko J., Phillips M. R. *et al.*, « No health without mental health », *The Lancet*, 2007, 370 (9590), p. 859-877.
14. Muehsam D., Lutgendorf S., Mills P. J., Rickhi B., Chevalier G., Bat N. *et al.*, « The embodied mind : A review on functional genomic and neurological correlates of mind-body therapies », *Neurosci. Biobehav. Rev.*, 73, p. 165-181.
15. Taylor A. G., Goehler L. E., Galper D. I., Innes K. E., Bourguignon C., « Top-down and Bottom-up mechanisms in mind-body medicine : Development of an integrative framework for psychophysiological research », *Explore*, 2010, 6, p. 29-41.
16. Streeter C. C., Gerbarg P. L., Saper R. B., Ciraulo D. A., Brown R. P., « Effects of yoga on the autonomic nervous system, gamma-aminobutyric-acid and allostasis in epilepsy, depression and post-traumatic stress disorder », *Med. Hypotheses*, 2012, 78, p. 571-579.

THÉRAPIES

1. Yuan H., Silberstein S. D., « Vagus nerve and vagus nerve stimulation, a comprehensive review : Part I », *Headache*, 2016, 56 (1), p. 71-78.
2. Porges S. W., « The polyvagal theory : Phylogenetic contributions to social behavior », *Physiol. Behav.*, 2003, 79, p. 503-513.
3. Khoury N. M., Lutz J., Schuman-Olivier Z., « Interoception in psychiatric disorders : A review of randomized controlled trials with interoception-based interventions », *Harv. Rev. Psychiatry*, 2018, 26 (5): p. 250-263.

ULTRAMODERNE SOLITUDE

1. Hagen S., « Some stress can be your friend », University of Rcheater, 8 avril 2013, <https://www.rochester.edu/newscenter/some-stress-can-be->

[your-friend/](#).

2. Chanson de Benjamin Biolay, sur l'album *Grand prix*, 2020.
3. Kudielka B. M., Hellhammer D. H., Kirschbaum C., « Ten years of research with the Trier social stress test-revisited », in Harmon-Jones E., Winkielman P. (dir.), *Social Neuroscience Intergating Biological and Psychological Explanations of Social Behavior*, The Guilford Press, 2007, p. 56-83.
4. Jamieson J. P., Hangen E. J., Lee H. Y., Yeager D. S., « Capitalizing on appraisal processes to improve stress responses », *Emotion Review*, 2018, 10, p. 30-39.
5. Légeron P., André C., *La Peur des autres*, Odile Jacob, 2000.
6. Biolay Benjamin, « Ton héritage », album *La Superbe*, 2009.
7. Barrett L. F. *et al.*, « Interoceptive sensitivity and self-reports of emotional experience », *J. Pers. Soc. Psychol.*, 2004, 87, p. 684-697.
8. Pollatos O., Matthias E., Keller J., « When interoception helps to overcome negative feelings caused by social exclusion », *Front. Psychol.*, 2015, 6, p. 786.
9. Powers K. E., Heatherton T. F., « Characterizing socially avoidant and affiliative responses to social exclusion », *Front. Integr. Neurosci.*, 2012, 6, p. 46.
10. Arnold A. J., Winkielman P., Dobkins K., « Interoception and social connection », *Front. Psychol.*, 2019, 10, p. 2589.
11. Grynberg D., Pollatos O., « Perceiving one's body shapes empathy », *Physiol. Behav.*, 2015, 140, p. 54-60.
12. Hess U., Fischer A., « Emotional mimicry as social regulation », *Pers. Soc. Psychol. Rev.*, 2013, 17, p. 142-157.
13. Luo Y. *et al.*, « Loneliness, health and mortality in old age : A national longitudinal study », *Soc. Sci. Med.*, 2010, 74, p. 907-914.
14. Cacioppo J. T. Hawkley L. C. , Thisted R. A., « Perceived social isolation makes me sad : 5-year cross-lagged analyses of loneliness and depressive symptomatology in the Chicago Health », *Psychol. Aging*, 2010, 25, p. 453-463.

VICTIME

1. Hahusseau S., *Comment ne plus subir*, op. cit.
2. Robert A. C., *La Stratégie de l'émotion*, Lux Éditeur, 2018.

X

1. Bancroft J., Loftus J., Long J. S., « Distress about sex : A national survey of women in heterosexual relationships », *Arch. Sex Behav.*, 2003, 32 (3), p. 193-208.
2. <https://www.zavamed.com/fr/etude-zava-2018-sexos-et-nudes.html>.

« Y A QU'À FAUT QU'ON »

1. Baumeister R. F., Tierney J., *Le Pouvoir de la volonté. La nouvelle science du self-control*, Markus Haller, 2014.
2. Moffitt T. E. et al., « A gradient of self-control predicts health, wealth and public safety », *Proceedings of the National Academy of Sciences USA*, 2011, 108 (7), p. 2693-2698.
3. Hahusseau S., *Tristesse, peur, colère*, op. cit.
4. Baumeister R. F., Tierney J., *Le Pouvoir de la volonté. La nouvelle science du self-control*, op. cit.
5. Wegner D. M., « Ironic processes of mental control », *Psychological Review*, 1994, 101 (1), p. 34-52.

ZÈBRE

1. Ramus F., « La pseudoscience des surdoués », Pour la Science, blog, 2017, <https://scilogs.fr/ramus-meninges/la-pseudoscience-des-surdoues/>.
2. Gauvrit N., *Les Surdoués ordinaires*, PUF, 2014.

SOMMAIRE

Introduction

Accepter d'être jaloux, égoïste, envieux, en colère - Ni bon ni mauvais, bien au contraire

Alexithymie - Ne pas reconnaître ses émotions négatives, ce n'est pas le signe que l'on va bien mais au contraire que l'on est malade

Pourquoi s'ennuyer à reconnaître ses émotions ?

Les hommes, les femmes, les émotions

Attachement info services - La contagion du désamour

La désaffection tue

Qu'est-ce qui pourrait sauver l'attachement ?

Bienveillance - En finir avec les injonctions exaspérantes et contre-productives à la « positivité »

Les émotions positives pas à pas, sans fausseté et sans forcer

Plus on ordonne la bienveillance, plus elle est rance

Bipolarité - Ça n'est pas parce que je pleure chez le médecin que je dois repartir avec un médicament

Appelons un chat un chat

Des hauts et des bas, ce n'est pas de la bipolarité, c'est normal

Confiance en soi - Un marronnier du développement personnel

Confiance en soi ou narcissisme démesuré ?

Savoir douter

Conscience de soi - Plaidoyer pour un peu d'intériorité

Pourquoi certaines personnes nous mettent-elles mal à l'aise ?

Ceux qui condamnent le besoin de reconnaissance sont toujours ceux qui en bénéficient

Conscience de soi toi-même : d'abord sentir avant de penser

Diagnostics - Prendre de la distance

Du bon usage des diagnostics

Grandeur et décadence des diagnostics

Trop d'étiquettes

Se poser les bonnes questions

Le vrai chantier : remettre les émotions au cœur de la santé

Émotions - Quand on est d'humeur étale, c'est qu'on est mort

Sans émotions : ni santé ni direction

Pas de mal sur le mal : avoir des émotions, c'est normal

Exprimer ce que l'on ressent aux autres - Ça ne sert à rien et ça ennue tout le monde

Quand exprimer ses émotions ?

Comment faire ? Est-on condamné à gésir silencieux dans ses souffrances ?

Fragiles psychologiquement - Pas celles qu'on croit

Pas ton genre ? Vis ma vie et tu vivras mes émotions

Ni rationnels ni émotionnelles : hommes et femmes ont tous des émotions

Des diagnostics de dépression à la tête du client

Génération - Et si on arrêtait de faire toujours plus de la même chose

Ce qu'ont enduré nos aïeux

Ce que nous avons enduré

Ce que nous faisons à nos enfants

Grandir - Du problème des enfants

Histoire des émotions - Oui, elles en ont une

Ils sont fous ces Romains

Deux poids, deux mesures selon le sexe

Deux poids, deux mesures selon son rang social

Humour - « Non, c'est pas drôle »

Le rire au microscope

Le rire comme traitement ?

Black humor

Intéroception - Quand on ne parvient pas à se sentir

Ressentir en profondeur

Les mots pour savoir de quoi on parle

Quand on a peur de ses sensations profondes

Comment apprendre à sentir ?

Jugement (sans) - S'interdire de juger, c'est renforcer ses préjugés et ses stéréotypes

Préjugés et stéréotypes : même les positifs sont nuisibles

Quand on dit « sans jugement », on ment

Les fausses pistes pour avoir l'air meilleur que les autres

L'issue ? Reconnaître ses biais pour ne pas en être le jouet

Kilos - En trop

Lâcher prise - Une incitation totalitaire

Lâcher prise de quoi ?

Toujours la respiration

Méditation - La pleine conscience, à toutes les sauces ?

Trop, c'est trop

Savoir de quoi on parle

Les dangers de la méditation

Séparer le bon grain de l'ivraie

Less is more

Non-violence - C'est en repoussant la colère qu'on devient cruel

La colère oui, la violence non

Être fier de reconnaître sa colère et toutes les autres émotions

Origine des émotions - Ce n'est pas en cherchant pourquoi on n'est pas bien qu'on ira mieux

Passé - Se libérer de son influence sans se tyranniser

Quand la « résilience » devient traumatisante

Apprendre à plonger utilement dans son enfance en faisant taire ses commentaires

Phobie des émotions - Avoir peur de ses émotions, être en colère contre soi à cause d'elles, c'est les multiplier par deux

Quand ça fuit, ça ne sert à rien de colmater ou de repeindre

Réguler ses émotions : qu'est-ce que ça veut dire ?

Questionnaires psys - Il n'y a aucune raison de ne pas quantifier ce que l'on ressent

Avec des tests, on sort du noir ou blanc pour entrevoir des nuances

Observer son évolution et ses progrès

Ressentiment - Un mauvais sentiment pour de bonnes personnes ?

Comment reconnaître qu'on est pris dans le ressentiment ?

Malheureusement, on a tous vécu ou on vivra tous des expériences difficiles, voire traumatisantes

Définir ce que l'on veut plutôt que de rester lié à ceux auxquels on en veut

Il y a plus de mérite à lutter contre du ressentiment qu'à être indifférent

Santés distinctes - Opposer problèmes physiques et psychologiques, c'est se condamner à rester dedans

Fini le temps de la guillotine : tête et corps ne sont pas séparés

D'abord sentir son corps

Thérapies - Toutes ne se valent pas

La révolution et les révélations de l'intéroception

Naviguer entre la science et son intuition

Ultramoderne solitude - Vouloir ne plus rien sentir face aux autres, c'est risquer de rester seul

« Comment est ta peine ? »

« Il faudrait qu'on apprenne à vivre avec ça »

Victime - Un trait de caractère ou un état nécessaire transitoire ?

Victime un jour

Pas victime toujours

X - Allez, on bande

À poil : émotions et sexe sur le même canal

Quoi qu'on en dise

« Y a qu'à faut qu'on » - Du bon usage de la volonté

Une volonté fluctuante

Une volonté épuisable

Zèbre - Souvent, ça veut dire pénible

Conclusion

Notes

Du même auteur chez Odile Jacob

DU MÊME AUTEUR
CHEZ ODILE JACOB

Comment ne plus subir. Se déconditionner du passé, 2018.

Un homme, un vrai. Dissiper les malentendus émotionnels hommes-femmes, 2015.

Petit guide de l'amour heureux à l'usage des gens (un peu) compliqués, 2009.

Tristesse, peur, colère. Agir sur ses émotions, 2006.

Comment ne pas se gâcher la vie, 2003.

Inscrivez-vous à notre newsletter !

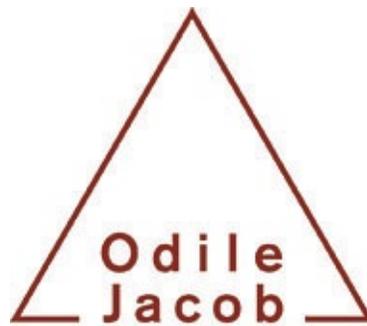
Vous serez ainsi régulièrement informé(e)
de nos nouvelles parutions et de nos actualités :

<https://www.odilejacob.fr/newsletter>



www.odilejacob.fr

Suivez nous sur :   



Pour vaincre l'anxiété, sortir de la dépression, prévenir bien des maladies et cesser de se faire du mal, il est capital de laisser vivre ses émotions, de savoir les reconnaître, d'apprendre à faire avec les bonnes comme avec «les mauvaises»...

Hommes et femmes, nous sommes tous concernés. Corps et esprit ne fonctionnent pas séparément.

Nos émotions sont indissociables de notre santé physique et mentale.

Comment trouver l'équilibre?

Pour aller bien, il ne suffit pas de consommer les derniers préceptes psys à la une. Le docteur Stéphanie Hahusseau présente dans ce livre les principes d'une nouvelle médecine des émotions, qui permettra à chacun d'entre nous de leur accorder une plus grande place, gage d'une santé plus globale.

Un livre vif et mordant qui bouscule les idées reçues associées au bien-être et qui vous aidera à vivre plus harmonieusement avec vos émotions.

Stéphanie Hahusseau est médecin psychiatre et psychothérapeute à Paris, spécialiste des liens entre émotions et santé. Fréquemment novatrice dans ses propositions, elle est l'auteure de plusieurs livres parmi lesquels : *Comment ne pas se gâcher la vie*, *Tristesse, peur, colère. Agir sur ses émotions*, *Petit Guide de l'amour heureux* et *Comment ne plus subir. Se déconditionner du passé*.