

LES RACINES DE LA PEUR

Abandon · Danger · Imperfection · Perte de contrôle · Silence

Muriel Pélas

Thérapeute en psychologie positive certifiée MIGS

muriel-pelas.fr

Sommaire



CHAPITRE 1

Ce dont chaque enfant a besoin

3

et ce qui se passe quand il ne l'obtient pas

CHAPITRE 2

L'escalade dans le temps

ce qui se passe quand la peur n'est pas traitée

CHAPITRE 3

Le paroxysme : le trauma

quand la peur atteint le point de rupture

CHAPITRE 4

Le prix total

tout ce que la peur non traitée détruit

CHAPITRE 5

Guérir

ce qui marche, ce qui aide, ce qui ne suffit pas

MON BILAN

Ce que cet ebook a révélé

et ce que j'en fais



Votre peur n'est pas un défaut. C'est le signal d'un besoin qui n'a jamais été entendu.

— Muriel Pélas

C H A P I T R E 1

Ce dont chaque enfant a besoin

(et ce qui se passe quand il ne l'obtient pas)

*« Derrière le masque de l'indifférence se cache une misère sans fond, et derrière
l'apparente dureté, le désespoir. »*

- John Bowlby, *Forty-four Juvenile Thieves* (1946)

Vous avez peur. Peut-être depuis longtemps. Peut-être depuis toujours.

Peur d'être abandonné(e). Peur de tomber malade. Peur de ne pas être à la hauteur. Peur que quelque chose de terrible arrive. Peur de perdre ceux que vous aimez. Peur, parfois, sans même savoir de quoi.

Ce chapitre va vous montrer quelque chose qui change tout : **votre peur n'est pas un défaut. C'est le signal d'un besoin qui n'a jamais été entendu.**

Chaque enfant naît avec des besoins fondamentaux — des besoins aussi vitaux que manger ou respirer, mais invisibles, silencieux, et trop souvent ignorés. Quand ces besoins sont remplis, l'enfant se développe en sécurité. Quand ils ne le sont pas, la peur s'installe — et elle reste.

L'être humain ne supporte pas l'angoisse. Le bien-être affectif est vital.

— Dr Marie-Paul Ross, créatrice de la méthode MIGS

Ce qui veut dire : quand un besoin affectif fondamental n'est pas rempli, l'angoisse apparaît. Et cette angoisse, le cerveau fera tout pour l'éteindre — par tous les moyens disponibles, y compris des moyens qui détruisent.

Dans les chapitres suivants, vous verrez comment cette angoisse s'intensifie (chapitre 2), comment elle peut atteindre le paroxysme du trauma (chapitre 3), quel prix elle fait payer quand elle n'est pas traitée (chapitre 4), et comment on en guérit — vraiment (chapitre 5).

Mais d'abord, il faut comprendre d'où elle vient. Et elle vient toujours du même endroit : un besoin d'enfant que personne n'a entendu.



Les besoins du corps — ce que tout le monde voit

Commençons par l'évident. Un enfant a besoin de manger, de boire, de dormir, d'être au chaud, de bouger. Ce sont les besoins physiologiques — ceux que le psychologue Abraham Maslow (1943) a placés à la base de sa pyramide des besoins humains.

Mais il y a un besoin corporel que l'on oublie souvent : **le toucher**.

En 1958, le psychologue américain Harry Harlow a mené une expérience qui a bouleversé la psychologie de l'enfant. Il a séparé des bébés singes rhésus de leur mère et les a placés dans des cages avec deux « mères » artificielles : l'une en fil de fer avec un biberon ; l'autre recouverte de tissu doux, sans nourriture.

C'est l'inverse qui s'est produit. Les petits singes passaient 17 à 18 heures par jour accrochés à la mère en tissu. **Le contact physique réconfortant était plus important que la nourriture**. Un bébé qui n'est pas touché ne meurt pas de faim. Il meurt de solitude.

Harlow H.F., « The Nature of Love », *American Psychologist*, 13, 1958

Chez nous, on ne se touchait pas. Pas de câlins, pas de main sur l'épaule, rien. Mes parents n'étaient pas méchants — ils n'avaient juste pas appris. Aujourd'hui, à 40 ans, quand quelqu'un me prend dans ses bras, mon corps se raidit. Je voudrais me laisser aller, mais quelque chose en moi refuse le contact.

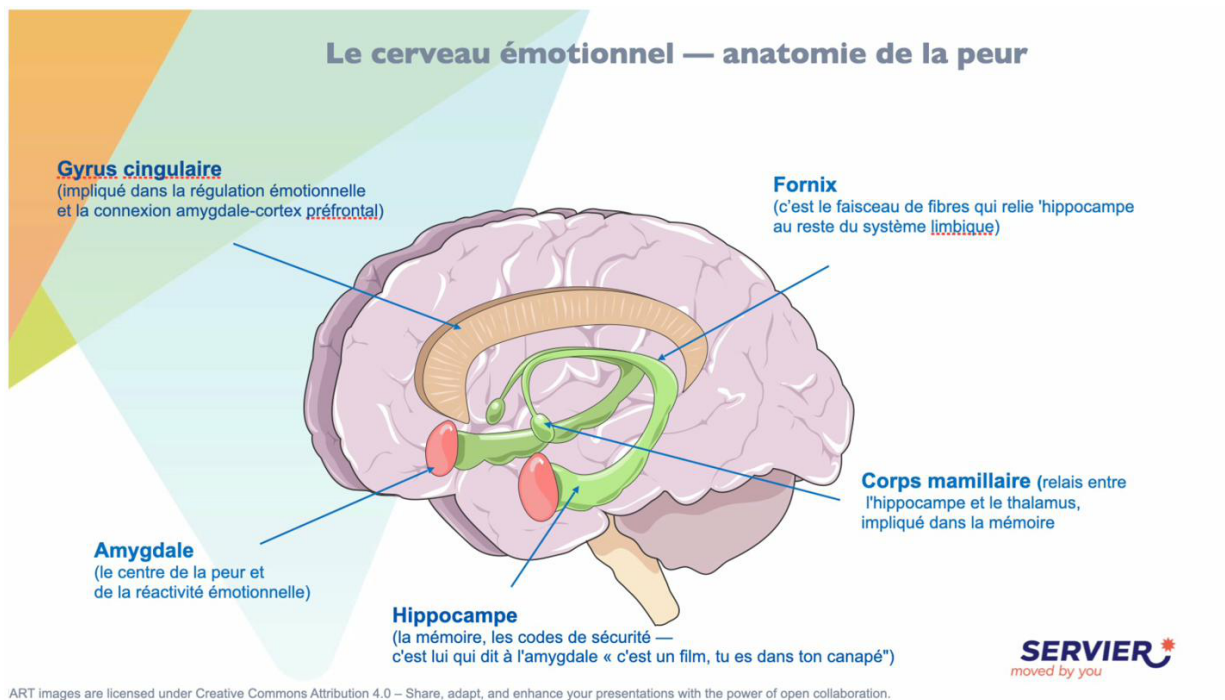
— Témoignage anonyme (Familiopsy / carences affectives)

CE QUE LE CORPS FAIT QUAND CES BESOINS MANQUENT

Quand un enfant est privé de contact, de chaleur, de nourriture suffisante ou de sommeil, son corps entre en mode survie. L'amygdale — le système d'alarme du cerveau — reste en alerte permanente. Le cortisol inonde le système nerveux. Et les recherches montrent que ce stress chronique précoce peut altérer le développement même du cerveau, en réduisant la croissance du cortex préfrontal.

Teicher & Samson, 2016 — effets du stress précoce sur le développement cérébral

En d'autres termes : quand le corps n'a pas ce qu'il faut, le cerveau se développe pour un monde dangereux. Et ce calibrage reste, même quand le danger a disparu.



Le cerveau émotionnel — anatomie de la peur — Servier Medical Art, CC BY 4.0

Ce schéma montre les structures cérébrales impliquées dans la peur. L'amygdale (en rouge) est la sentinelle : c'est elle qui déclenche l'alarme en cas de danger, en quelques millisecondes, avant même que vous en ayez conscience.

L'hippocampe (en vert) stocke les souvenirs et les codes de sécurité — c'est lui qui dit à l'amygdale « c'est un film, tu es dans ton canapé ». Quand l'hippocampe est endommagé par le stress chronique, l'amygdale ne reçoit plus ce signal de sécurité : elle reste en alerte permanente.

Le gyrus cingulaire connecte l'émotion au raisonnement. Quand ce lien est affaibli, la personne ressent la peur mais ne peut plus la réguler par la pensée.

Je sursaute au moindre bruit. Une porte qui claque, un klaxon, quelqu'un qui me touche l'épaule par surprise — mon cœur s'emballe instantanément. Mon médecin m'a expliqué que mon amygdale était « hyper-réactive ». Mon cerveau est resté en mode alerte depuis l'enfance. Il n'a jamais appris à se calmer.

— Témoignage adapté (Inserm / troubles anxieux)

Et vous ?

Vos besoins corporels d'enfant étaient-ils remplis ?

- J'avais toujours assez à manger et un endroit sûr pour dormir
- Il y avait parfois des manques (nourriture, chaleur, stabilité du logement)
- Je manquais de contact physique — câlins, proximité, tendresse
- Mon environnement physique était instable ou insécur

Quel souvenir corporel d'enfance vous revient ?



Quand le besoin non répondu crée le danger

“
Je garde en tête les cris, les hurlements dans la maison, et les violences physiques qui duraient des heures, jusque tard dans la nuit lorsqu'ils se battaient devant nous enfants, terrifiés et impuissants. J'ai tenté parfois d'alerter l'extérieur de ce qu'il se passait réellement à la maison mais personne n'a voulu me croire ni s'attarder. (...) Ces violences acharnées et répétées durant toute mon enfance ont laissé des traces indélébiles en moi et autour de moi jusqu'à rendre ma vie souvent insupportable et celles des autres aussi.

— Témoignage publié sur enfantbleu.org

« *Et celles des autres aussi.* » Cette phrase dit tout. La violence subie ne reste pas à l'intérieur. Elle déborde — sur les proches, les enfants, le conjoint. Non pas parce que la personne est « mauvaise », mais parce que son cerveau n'a jamais reçu ce dont il avait besoin pour se construire autrement.

CE QUE L'ÉTUDE ACE A MESURÉ

En 1998, le Dr Vincent Felitti (médecin interniste, Kaiser Permanente, San Diego) et le Dr Robert Anda (épidémiologiste, CDC) ont mené l'une des plus grandes études jamais réalisées sur le lien entre l'enfance et la santé adulte. **17 421 adultes** ont été interrogés sur dix types d'expériences adverses vécues avant 18 ans : abus physique, émotionnel, sexuel ; négligence physique et émotionnelle ; violence conjugale entre les parents ; addiction, maladie mentale ou incarcération d'un membre du foyer ; séparation ou divorce.

Chaque catégorie vécue donne 1 point. Le total (de 0 à 10) s'appelle le **score ACE** (*Adverse Childhood Experiences* — Expériences Adverses de l'Enfance).

Le résultat le plus frappant est sa linéarité. Ce n'est pas un seuil — « au-delà de X, ça casse. » C'est une pente : **chaque expérience adverse supplémentaire augmente les risques.** De dépression, d'addiction, de maladie chronique — mais aussi de violence.

Dans mon enfance, personne n'intervenait lorsqu'on maltraitait un enfant. Ni les voisins pourtant au courant, qui jugeaient que ce n'était pas leurs affaires ou craignaient les représailles du maltraitant. Ni les instituteurs qui n'étaient pas formés à déceler les signes de cette maltraitance. C'est parce que personne n'est intervenu suffisamment tôt, qu'aujourd'hui à 47 ans, j'en suis toujours à tenter de me libérer de cette enfance qui a mis ma vie à sac.

— Pierre (prénom modifié), témoignage publié sur enfantbleu.org

Pierre a 47 ans. L'enfance est loin. Mais les dégâts sont toujours là. Ce que l'étude ACE a démontré, Pierre le vit : les conséquences ne s'effacent pas avec le temps. Elles s'accumulent.

LES CHIFFRES

+35 à 144% Augmentation du risque de perpétration de violence pour chaque ACE supplémentaire chez un jeune
Fox et al., 2015, Pediatrics

× 5 Le risque d'infractions violentes pour un score de 4 ACE ou plus
Björkenstam et al., 2019

× 4 Les événements adverses d'enfance rapportés par les détenus, comparé à la population générale
Reavis et al., 2013, The Permanente Journal

90% Des jeunes délinquants aux États-Unis ont vécu au moins un traumatisme dans l'enfance
National Task Force on Children Exposed to Violence

POURQUOI ? PARCE QUE LE CERVEAU NE SE DÉVELOPPE PAS SEUL.

Le cortex préfrontal — la zone du cerveau qui permet de réfléchir avant d'agir, de se mettre à la place de l'autre, de freiner une impulsion — a besoin de soins pour se développer. Sans réponse aux besoins fondamentaux, le cortisol chronique réduit littéralement sa croissance. En parallèle, l'amygdale (le centre d'alarme) se surdéveloppe.

Résultat : un adulte avec un système d'alarme hypersensible et pas de frein. Ce n'est pas de la « méchanceté ». C'est un cerveau qui n'a jamais reçu ce dont il avait besoin pour se construire entièrement.

J'étais devenue une adulte en colère contre la société.

— Caroline (prénom modifié), témoignage publié sur enfantbleu.org

Une phrase. Tout est dit. La colère de Caroline n'est pas née dans la société — elle est née dans l'absence. L'absence de réponse à un besoin d'enfant. Et cette colère, à l'âge adulte, se retourne vers tout ce qui s'approche.

LE CYCLE : QUAND LA VICTIME DEVIENT SOURCE DE PEUR

Bowlby l'avait documenté dès 1944 avec ses « 44 jeunes voleurs » : sur 14 enfants incapables d'empathie ou de remords, 12 avaient été séparés de leur mère avant 5 ans. Harlow l'a confirmé chez le primate : les femelles privées de contact maternel, devenues mères à leur tour, négligeaient ou maltrahaient mortellement leurs propres petits.

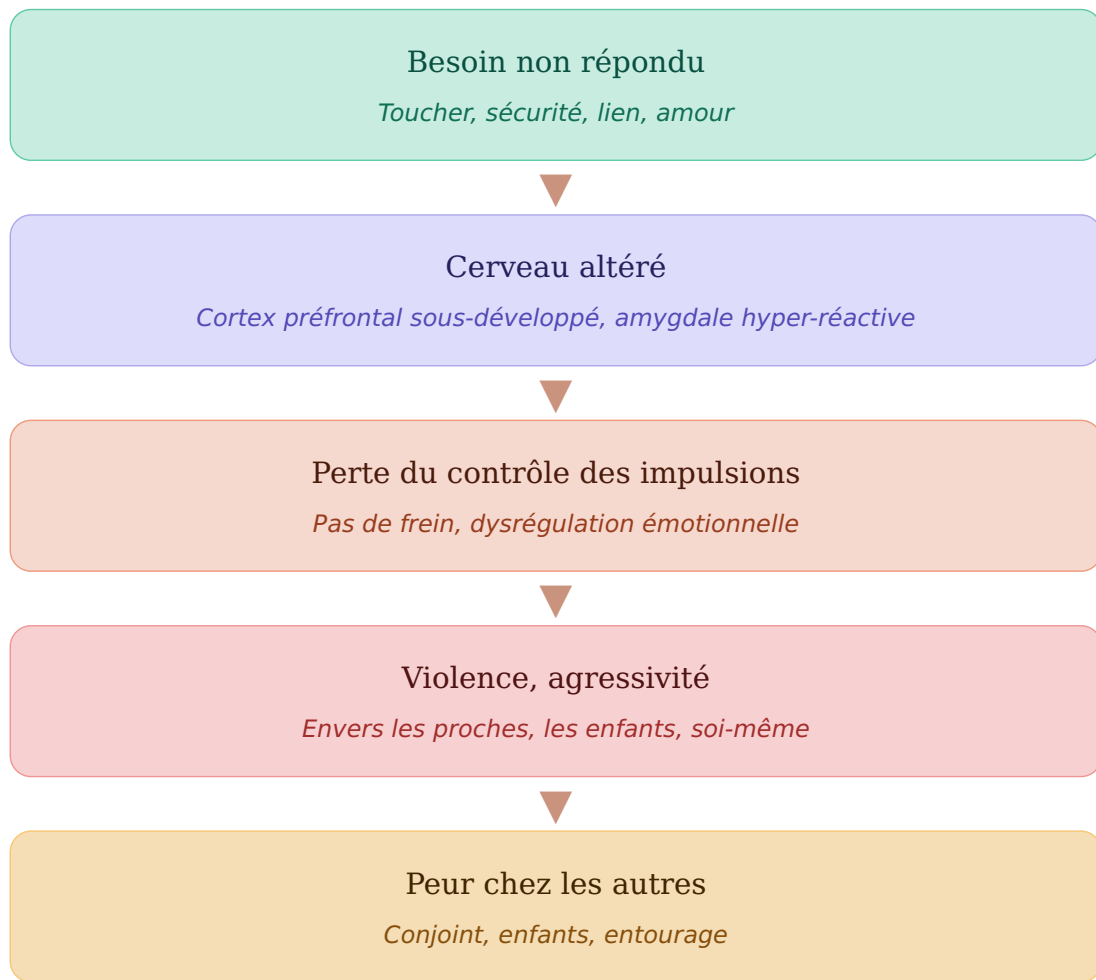
L'enfant privé ne devient pas systématiquement violent. Mais quand il le devient, il crée autour de lui exactement ce qu'il a subi : de la peur. Et ses propres enfants grandissent dans cette peur, avec les mêmes besoins non répondus.

Maddy admet volontiers avoir de grosses difficultés à ne pas reproduire le schéma de son enfance. Quand elle finit par revenir chez elle, ses enfants ont peur d'elle car Jeanne les a formatés. Maddy punit trop alors qu'elle pense avoir été hyper gentille versus sa propre enfance. (...) Sans grande notion des stress post-traumatiques complexes qui l'affectent, Maddy est consciente que quelque chose ne va pas. Elle ne veut surtout pas ressembler à ses bourreaux. (...) Ainsi, Maddy est la première personne de toute sa lignée familiale à chercher de l'aide ou des solutions. Plus que tout, elle souhaite rompre les schémas de reproduction des violences transgénérationnelles.

— Témoignage publié sur protegerlenfant.fr

Maddy illustre les deux faces du cycle. Elle est victime — et elle reproduit. Elle punit trop — et elle le sait. Ses enfants ont peur d'elle — et ça la déchire. Mais surtout : elle est **la première de toute sa lignée** à chercher de l'aide. C'est là que le cycle peut se briser.

Le cycle de la privation



↳ Le cycle recommence — les enfants grandissent avec les mêmes besoins non répondus

Étude ACE (Felitti & Anda, 1998) — 17 421 participants — relation dose-réponse confirmée

CE QUE ÇA VEUT DIRE

On ne naît pas « monstre ». On le fabrique — par la privation, le silence, l'absence. Et ensuite, ce que l'on a fabriqué crée de la peur autour de lui. Ce sont les êtres humains qui créent les êtres dont ils auront peur. C'est le cycle le plus douloureux qui existe — et c'est aussi le plus important à comprendre, parce que c'est le seul qu'on peut briser.

La peur n'est pas un problème individuel. C'est un signal transmis de génération en génération, qui dit toujours la même chose : **un besoin n'a pas été entendu.**

Au chapitre 5, vous verrez comment ce cycle se brise — vraiment.

✎ Et vous ?

Reconnaissez-vous ce cycle dans votre histoire ?

- J'ai grandi avec un parent dont les réactions me faisaient peur
- J'ai grandi dans un foyer où personne ne parlait de ce qui se passait
- Il m'arrive de réagir avec une intensité qui me surprend moi-même
- J'ai déjà vu de la peur dans les yeux de quelqu'un que j'aime — et ça m'a glacé(e)
- Je me suis déjà dit : « Je ne veux pas devenir comme mon père / ma mère »

Si vous pouviez dire une chose à l'enfant que vous étiez, que lui diriez-vous ?



Sources

Felitti V.J. & Anda R.F. (1998), « Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults », *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4) • Bowlby J. (1944), « Forty-four Juvenile Thieves », *International Journal of Psychoanalysis* • Harlow H.F. et al. (1965), *PNAS* • Teicher M.H. & Samson J.A. (2016), *PMC* — Enduring neurobiological effects of childhood abuse • Fox B.H. et al. (2015), *Pediatrics* • Björkenstam E. et al. (2019), *Nordisk Tidsskrift for Kriminalvidenskab* • Reavis J.A. et al. (2013), « Adverse Childhood Experiences and Adult Criminality », *The Permanente Journal* • National Task Force on Children Exposed to Violence • Témoignages : enfantbleu.org, protegerlenfant.fr

Besoin 1 — L'attachement sécure

CE DONT L'ENFANT A BESOIN

Sentir qu'au moins une personne est là, constante, prévisible, qui ne disparaîtra pas. Que son amour ne dépend pas de ses performances.

CE QUE CELA PRODUIT QUAND LE BESOIN EST SATISFAIT

Bowlby (1988) : la seule présence d'un donneur de soin accessible « crée les conditions qui permettent à l'enfant d'explorer le monde avec confiance ». Gee et al. (2014, *Psychological Science*) : la simple image de la mère suffit à supprimer la réactivité de l'amygdale. Porges (2011) : l'attachement sécure active le **système vagal ventral** — le circuit du calme et de la connexion.

CE QUI SE PASSE QUAND CELA MANQUE

Parent imprévisible, absent, négligent — l'enfant développe une peur fondamentale d'être abandonné(e). Schore (2001) : l'attachement désorganisé produit des **anomalies mesurables** dans le cortex orbitofrontal droit. À l'âge adulte : anxiété dans les relations, jalousie, contrôle, besoin constant de réassurance.

Chaque fois que mon compagnon sort sans me prévenir, je panique. Dans mon corps, c'est comme si j'avais 5 ans et que ma mère partait sans dire quand elle reviendrait.

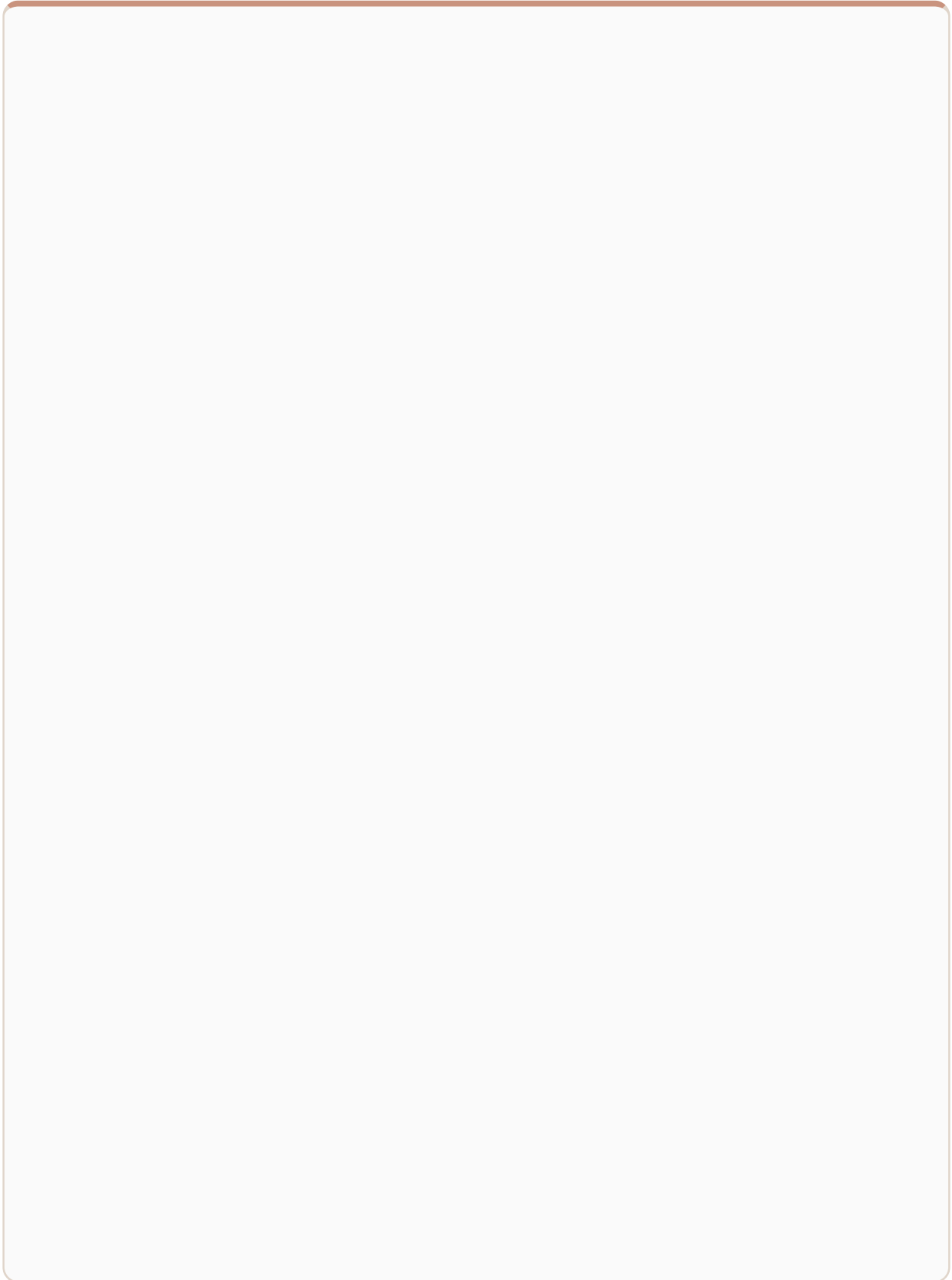
— Témoignage adapté

➤ Et vous ?

Avez-vous eu un attachement sécure dans l'enfance ?

- Oui — je savais que mes parents seraient toujours là
- Pas toujours — l'un de mes parents était imprévisible ou absent
- Non — je ne me sentais pas en sécurité dans ma famille
- Je ne sais pas — on n'en parlait jamais

Si votre peur d'être abandonné(e) avait une voix, que dirait-elle ?



Besoin 2 — La protection

CE DONT L'ENFANT A BESOIN

Sentir que quelqu'un veille sur lui. Que quand le danger arrive, un adulte plus grand, plus fort, plus calme est là pour faire bouclier.

CE QUE CELA PRODUIT QUAND LE BESOIN EST SATISFAIT

L'enfant protégé développe un **sentiment de sécurité interne**. Gibello (1984) : ces enfants sont disponibles aux apprentissages, curieux, capables de tolérer l'incertitude — leur énergie n'est pas mobilisée par la surveillance du danger.

CE QUI SE PASSE QUAND CELA MANQUE

Parent violent, absent, ou surprotecteur (Bruysters et al., 2023) — l'enfant apprend que le monde est dangereux ET que personne ne viendra l'aider. L'**amygdale** grossit, le **cortex préfrontal** s'amincit (Teicher & Samson, 2016). À l'âge adulte : attaques de panique, phobies, hypocondrie, besoin de tout contrôler.

Quand j'étais petite, mon père entrait dans des colères terrifiantes. Aujourd'hui, dès que quelqu'un élève la voix — mon corps se fige. Je sais que ce n'est pas dangereux. Mais mon corps ne le sait pas.

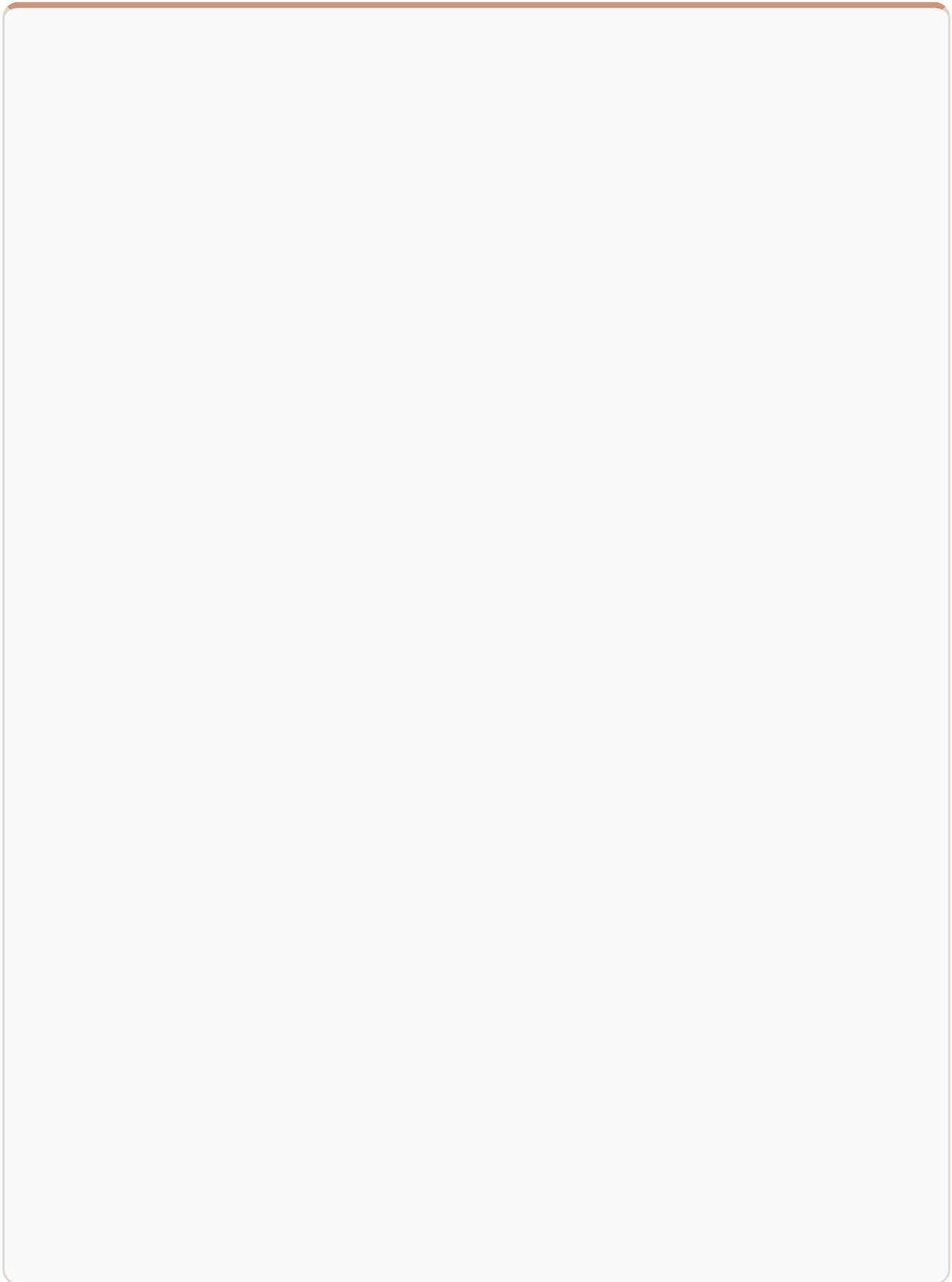
— Témoignage anonyme (Carenity)

📌 Et vous ?

Comment viviez-vous le danger dans votre enfance ?

- Mes parents me rassuraient calmement
- Mes parents ne réagissaient pas — j'étais seul(e) face à la peur
- Mes parents étaient eux-mêmes une source de danger
- Mes parents me surprotégeaient

De quel danger avez-vous le plus peur aujourd'hui ?



Besoin 3 — L'amour et la valeur

CE DONT L'ENFANT A BESOIN

Être vu, apprécié, valorisé pour qui il est — pas pour ce qu'il fait. Savoir qu'il compte aux yeux de quelqu'un. Que son existence même, indépendamment de ses performances, a de la valeur.

CE QUE CELA PRODUIT QUAND LE BESOIN EST SATISFAIT

L'enfant aimé inconditionnellement développe une **estime de soi stable** (Université de Sherbrooke, 2021). Il sait qu'il a de la valeur indépendamment de ses performances. Cette estime lui permet de tolérer l'échec sans s'effondrer.

CE QUI SE PASSE QUAND CELA MANQUE

Quand l'amour est conditionnel, le schéma d'*imperfection/honte* (Young, 2003) se développe. Eisenberger et al. (2003, *Science*) : l'exclusion sociale active les **mêmes régions cérébrales que la douleur physique**. À l'âge adulte : perfectionnisme toxique, syndrome de l'imposteur, ou narcissisme pathologique comme armure.

Mon père me rabaissait constamment : « Tu es une déception. » Adulte, je suis devenue une machine à performer. Mais chaque succès sonne creux — parce que je suis convaincue que si les gens voyaient qui je suis, ils partiraient.

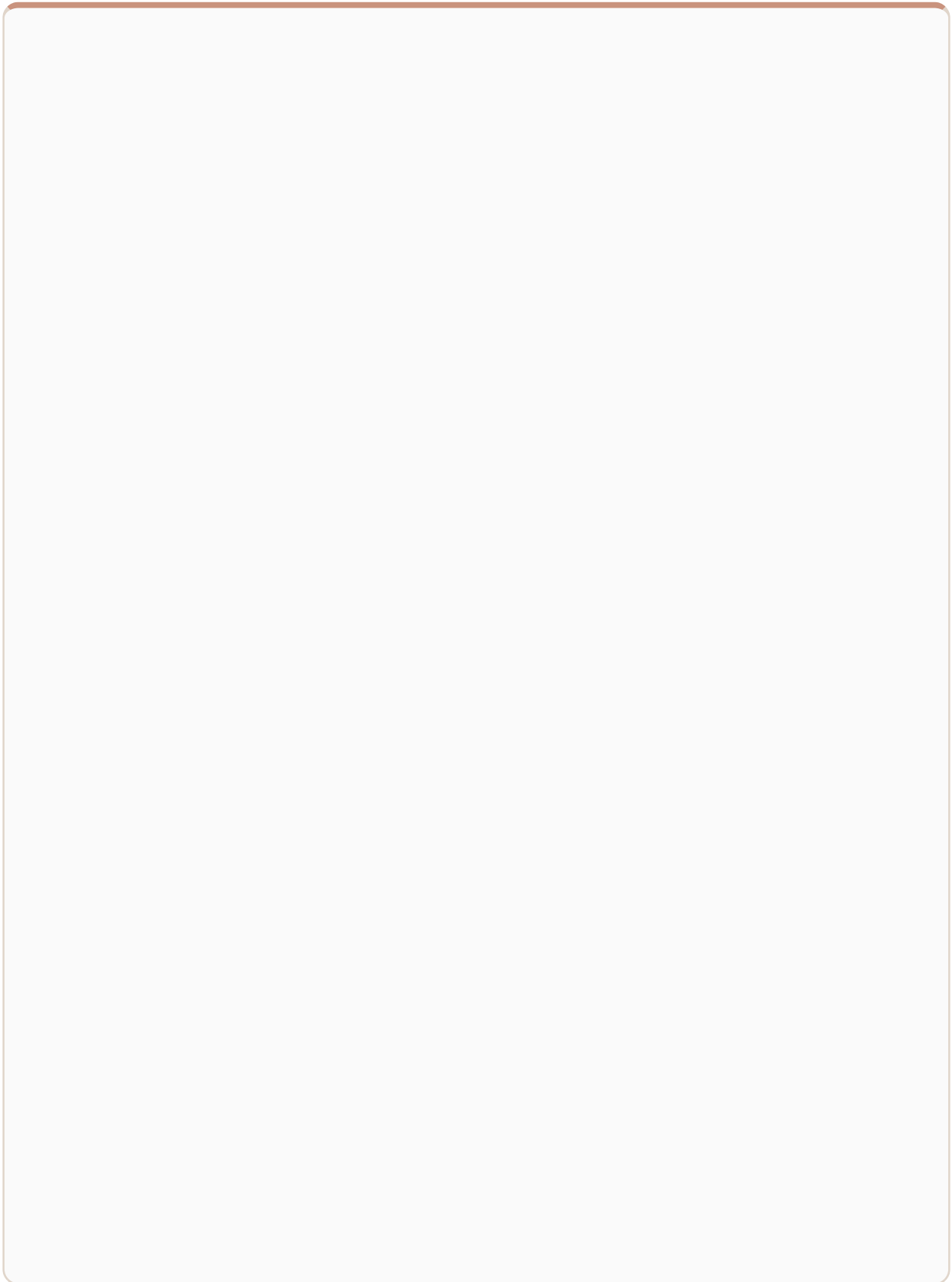
— Cas clinique adapté (e-psychiatrie.fr)

☞ Et vous ?

Vous sentiez-vous aimé(e) pour qui vous étiez ?

- Pour qui j'étais — mes parents m'aimaient sans conditions
- Plutôt pour ce que je faisais — les résultats comptaient beaucoup
- Je n'étais pas sûr(e) d'être aimé(e) du tout
- Je devais être invisible pour ne pas déranger

Qu'est-ce que vous ne montrez jamais de vous, de peur d'être jugé(e) ?



Besoin 4 — L'autonomie

CE DONT L'ENFANT A BESOIN

Pouvoir essayer, échouer, recommencer. Faire des choix adaptés à son âge. Recevoir des retours constructifs — pas des critiques. Développer le sentiment « je suis capable ».

CE QUE CELA PRODUIT QUAND LE BESOIN EST SATISFAIT

Bowlby appelle cela la *base de sécurité* : l'enfant ose essayer parce qu'il sait qu'il peut revenir vers un adulte fiable. L'exploration active le **système dopaminergique** — le circuit de la motivation. L'erreur n'est pas une catastrophe, c'est un apprentissage.

CE QUI SE PASSE QUAND CELA MANQUE

Quand tout est fait pour l'enfant (surprotection) ou quand trop de responsabilités pèsent sur lui (parentification), le schéma de *dépendance/incompétence* (Young, 2003) se développe. Bruysters et al. (2023) confirment le lien. À l'âge adulte : procrastination, paralysie décisionnelle, ou hypercontrôle.

Ma mère faisait tout pour moi — mes devoirs, mes choix de vêtements, mes amitiés. Elle pensait me protéger. Aujourd'hui, à 35 ans, je suis incapable de choisir un restaurant sans demander l'avis de quelqu'un.

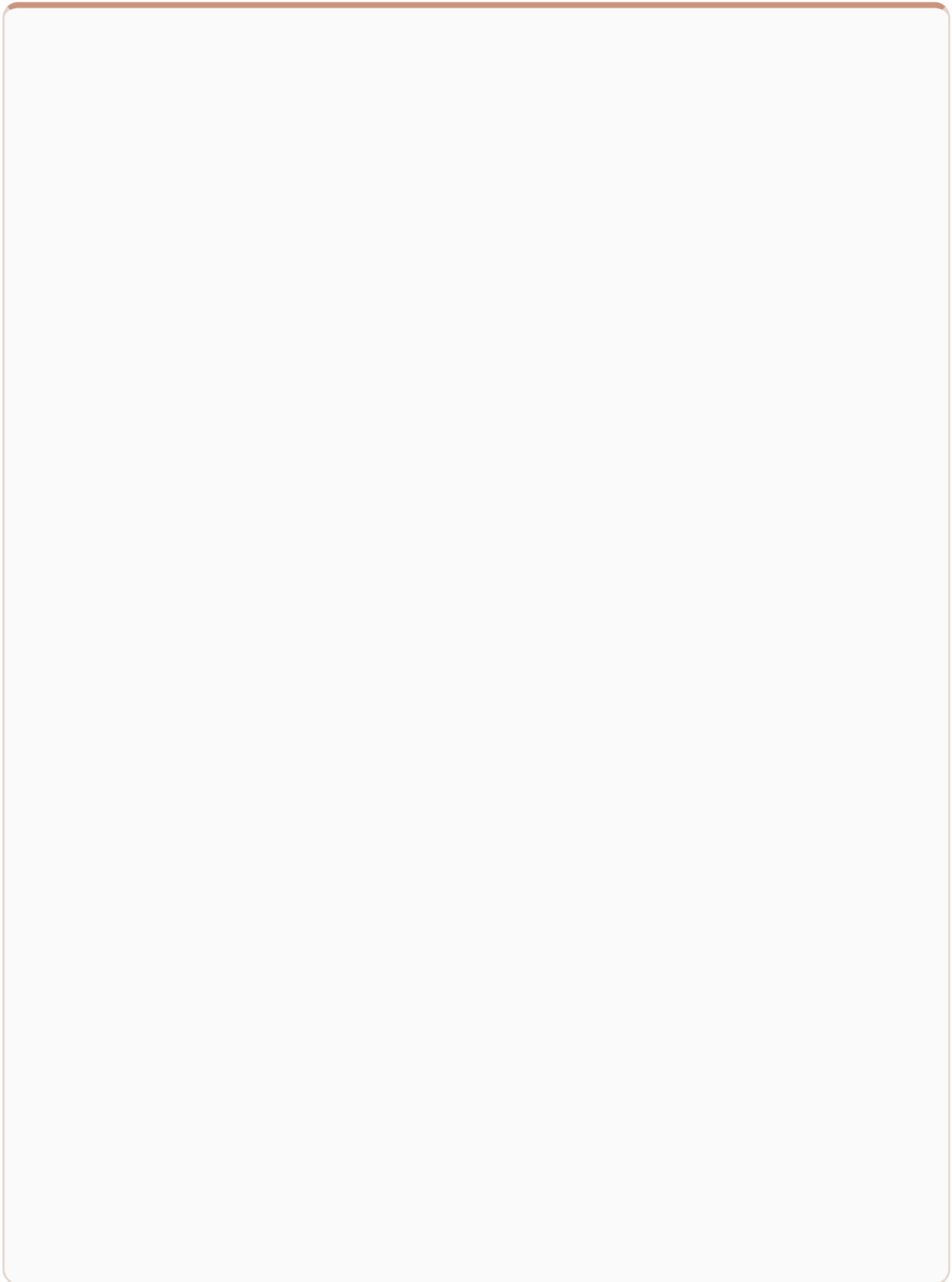
— Témoignage anonyme (Psychologue.net)

👉 Et vous ?

Étiez-vous encouragé(e) à faire les choses par vous-même ?

- Oui — on me laissait essayer et on m'aidait quand j'en avais besoin
- Pas vraiment — on faisait tout pour moi
- Non — j'ai dû me débrouiller trop tôt, sans soutien
- On critiquait ce que je faisais — je n'étais jamais assez bon(ne)

Qu'est-ce que vous n'osez pas faire, par peur de ne pas y arriver ?



Besoin 5 — L'expression

CE DONT L'ENFANT A BESOIN

Pouvoir dire ce qu'il ressent — la joie, la colère, la tristesse, la peur — sans être puni, moqué ou ignoré. Pouvoir jouer, être créatif, être spontané. Exister avec ses propres émotions et sa propre voix.

CE QUE CELA PRODUIT QUAND LE BESOIN EST SATISFAIT

L'enfant dont les émotions sont accueillies apprend à les **identifier, nommer et réguler**. Il développe une intelligence émotionnelle qui lui permet de naviguer les relations, poser des limites, demander de l'aide.

CE QUI SE PASSE QUAND CELA MANQUE

Quand l'expression est punie, le schéma d'*inhibition émotionnelle* (Young, 2003) se développe. L'inhibition répétée crée une **alexithymie acquise** (Luminet et al., 2021). Van der Kolk (2014) : le corps garde ce que les mots ne peuvent pas dire. À l'âge adulte : rigidité émotionnelle, burnout, explosions disproportionnées.

Chez nous, pleurer c'était être faible. Se mettre en colère c'était être ingrat. Alors j'ai tout éteint. Ma compagne me dit que je suis « un mur ». Derrière ce mur, il y a un enfant de 6 ans qui attend la permission de ressentir.

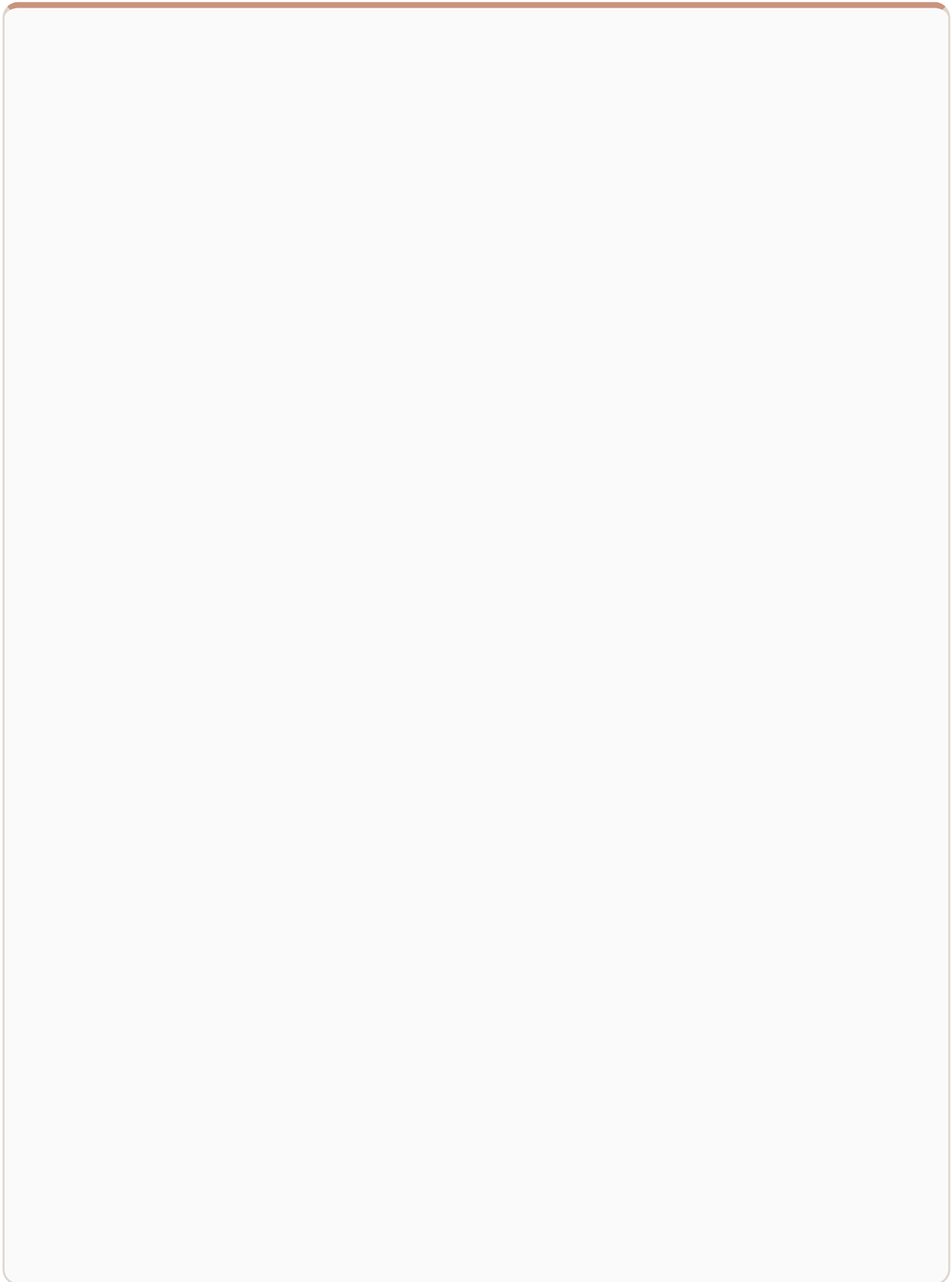
— Témoignage anonyme (France Dépression)

👉 Et vous ?

Aviez-vous le droit d'exprimer vos émotions enfant ?

- Oui — toutes mes émotions étaient accueillies
- Certaines oui, d'autres non — la colère ou la tristesse étaient mal vues
- Non — on me disait d'arrêter, de me calmer, de ne pas exagérer
- Je n'ai pas de souvenir — j'ai appris très tôt à ne rien montrer

Quelle émotion avez-vous le plus de mal à exprimer ? Pourquoi ?



C'est ici que tout se joue

Les cinq besoins fondamentaux sont biologiquement présents chez chaque enfant dès la naissance. Mais ils ont besoin d'un catalyseur pour se développer correctement. Ce catalyseur, c'est le donneur de soin.

Gee et al. (2014, *Psychological Science*, 25(11)) ont montré en imagerie cérébrale fonctionnelle que **la simple image de la mère supprime la réactivité de l'amygdale** chez l'enfant. Pas une présence physique — une image. Cet effet fonctionne chez les enfants mais pas chez les adolescents, ce qui suggère que l'enfance est une période sensible.

Quand le parent répond aux besoins : L'enfant développe un système d'apaisement fonctionnel (ocytocine → GABA → extinction de la peur). Il apprend que la peur passe.

Quand le parent ne répond pas : Le cerveau de l'enfant baigne dans le cortisol. L'enfant devient autonome dans sa gestion de la peur — mais c'est une autonomie de survie, pas de sérénité.

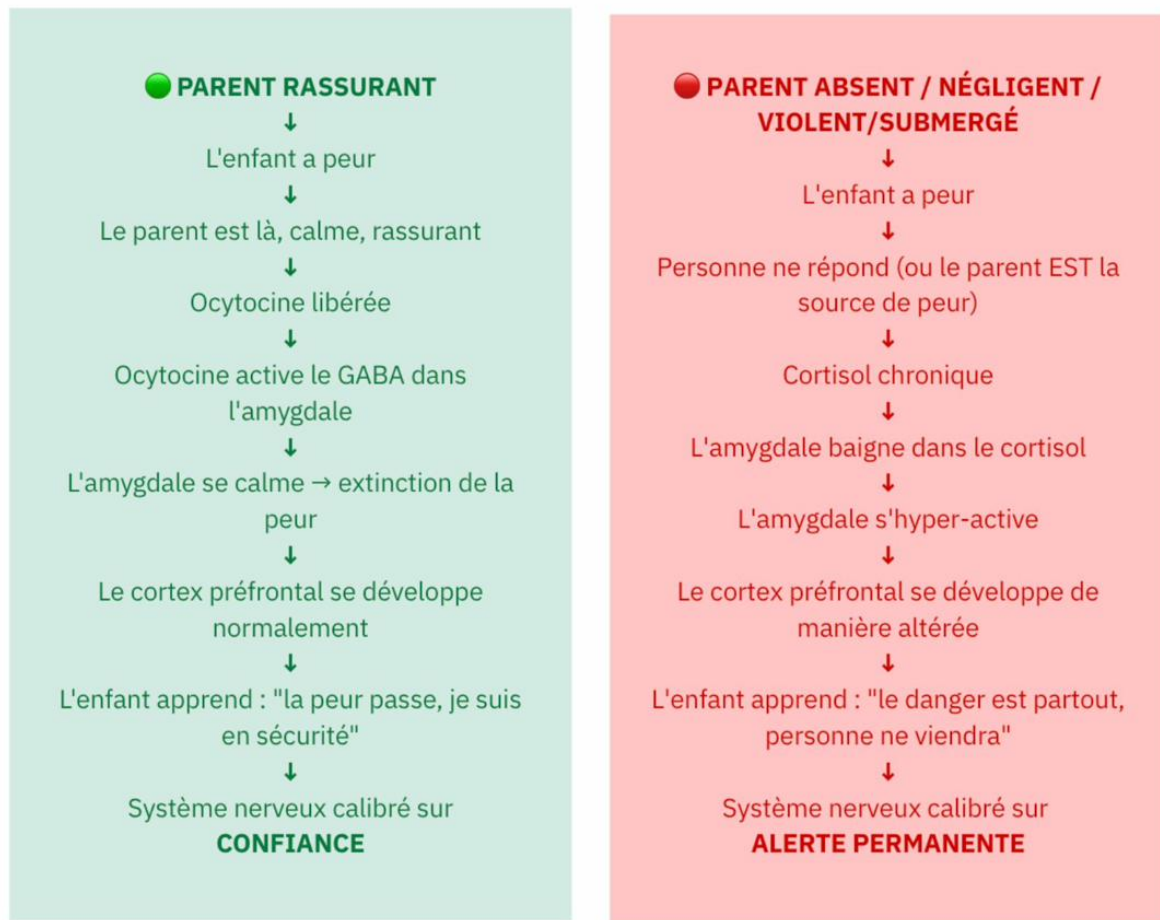
Quand le parent est la source du danger : Les enfants exposés à la violence parentale développent une amygdale plus grosse et hyper-réactive (Teicher & Samson, 2016).

Quand le parent surprotège : L'enfant n'apprend jamais à réguler sa peur par lui-même.

Michelle n'avait jamais pensé être quelqu'un de colérique. Elle avait été élevée dans la croyance que les filles bien ne se mettent pas en colère. Quand elle sentait la colère monter, elle la refoulait. Jusqu'au jour où, après un après-midi épuisant, son fils de 4 ans a refusé de mettre ses chaussures — et la rage a explosé. Ce n'était pas de la colère contre son fils. C'était 30 ans de colère non autorisée qui ressortait d'un coup.

— Psychology Today, 2025 — « Maybe It's Not Mom Rage. Maybe It's a Trauma Response »

Le parent — antidote ou poison



La bonne nouvelle : c'est réversible. Le cerveau reste plastique. Ce qui a été mal câblé peut être recâblé.

Le parent — antidote ou poison

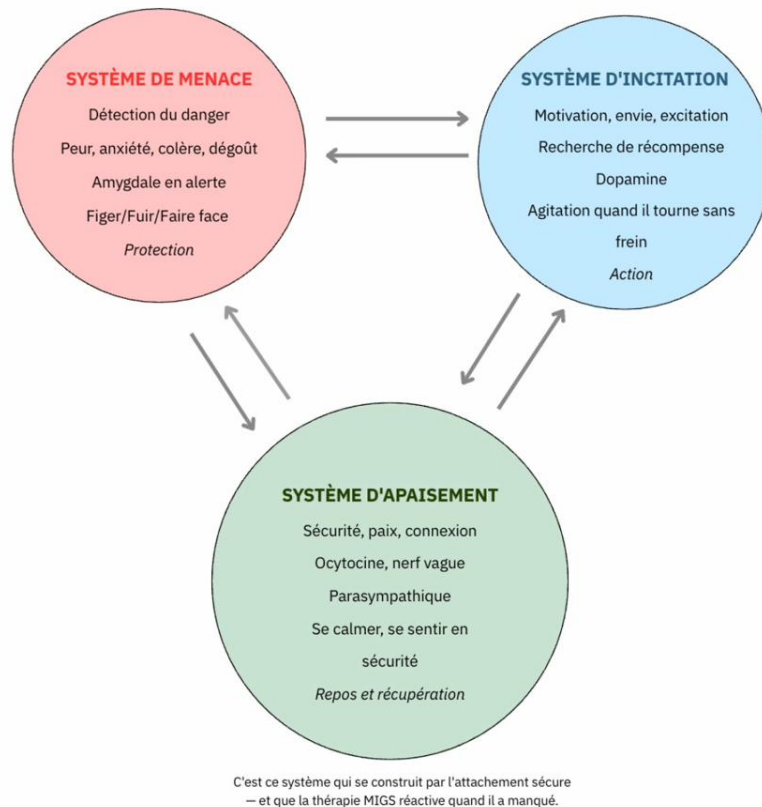
La bonne nouvelle : c'est réversible. Une étude longitudinale de Callaghan et al. (2019, *Biological Psychiatry: CNI*, 102 enfants sur 3 ans) a montré qu'environ **40 % des enfants ayant vécu en institution** présentaient une diminution de la réactivité de l'amygdale aux signaux parentaux — et que cet effet était directement associé à la qualité de la relation avec le parent adoptif. Le cerveau reste plastique. **Ce qui a été mal câblé peut être recâblé.**

Le Professeur Paul Gilbert, fondateur de la Compassion Focused Therapy (2009, *Advances in Psychiatric Treatment*), a identifié **trois systèmes de régulation émotionnelle** :

— **Le système de menace** : celui qui détecte le danger. C'est l'amygdale en alerte, la peur, l'anxiété, la colère.

— **Le système d'incitation** : celui qui pousse à agir, réussir, obtenir. Il génère la motivation mais aussi l'agitation quand il tourne sans frein.

— **Le système d'apaisement** : celui qui calme les deux autres. Lié au nerf vague, au parasympathique et à l'ocytocine.



Les 3 systèmes émotionnels (Gilbert, 2009) — C'est ce système qui se construit par l'attachement sécure — et que la thérapie MIGS réactive quand il a manqué.

Quand l'enfant a manqué de réponse à ses besoins, le système de menace se surdéveloppe et le système d'apaisement reste sous-activé. Ce n'est pas un défaut de caractère. C'est un défaut de câblage — et ce câblage se répare.

Ce que le passé n'a pas offert, le présent peut le construire. C'est ça, devenir son propre bon parent.

— Muriel Pélas



 Et vous ?

Auto-évaluation — Quel besoin n'a pas été entendu chez vous ?

Le besoin qui m'a le plus manqué est :

La peur que je porte le plus aujourd'hui est :

Si cette peur avait une voix d'enfant, que dirait-elle ?



CE QUE L'APPROCHE MIGS APPORTE

L'approche MIGS — Modèle d'Intervention Globale en Santé — est une méthode canadienne de psychologie positive créée par la Dr Marie-Paul Ross, qui agit simultanément sur 5 dimensions : le mental, le physique, l'émotionnel, le relationnel et le spirituel.

La Respiration positive active le système d'apaisement (nerf vague → mode récupération).

Le Lieu sûr crée l'espace de sécurité intérieure que l'attachement n'a pas construit.

La Stimulation bilatérale alternée retrace les souvenirs où le besoin a été atteint.

Ces outils font partie des 11 outils de la méthode MIGS. Au chapitre 5, vous découvrirez comment chacun répond à un besoin fondamental spécifique. **Oui, ça se traite. Oui, on en guérit.**

Sources

Maslow A.H. (1943), *Psychological Review* • Harlow H.F. (1958), *American Psychologist* • Bowlby J. (1969/1988), *Attachment and Loss / A Secure Base* • Young J.E. et al. (2003), *Schema Therapy*, Guilford Press • Gee D.G. et al. (2014), *Psychological Science*, 25(11), 2067-78 — tampon maternel amygdale-cortex préfrontal • Callaghan B.L. et al. (2019), *Biological Psychiatry: CNNI* — 40% enfants adoptés, réactivité amygdale, 102 enfants sur 3 ans • Teicher M.H. & Samson J.A. (2016), PMC — stress précoce et développement cérébral • Norman R.E. et al. (2012), *PLOS Medicine* — méta-analyse maltraitance • Bruysters N.Y.F. & Pilkington P.D. (2023), *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 30(1), 10-23 — surprotection et schémas • Gilbert P. (2009), *Advances in Psychiatric Treatment*, 15(3), 199-208 — 3 systèmes • Porges S.W. (2011), *The Polyvagal Theory* • Dr Ross M.P., Méthode MIGS.

Muriel Pélas — Thérapeute en psychologie positive, certifiée MIGS — Nantes

muriel-pelas.fr

CHAPITRE 2

L'escalade dans le temps

(ce qui se passe quand la peur n'est pas traitée)

*« Ce que l'enfant n'a pas pu dire, l'adulte le crie —
avec son corps, ses angoisses, ses addictions, ses
ruptures. »*

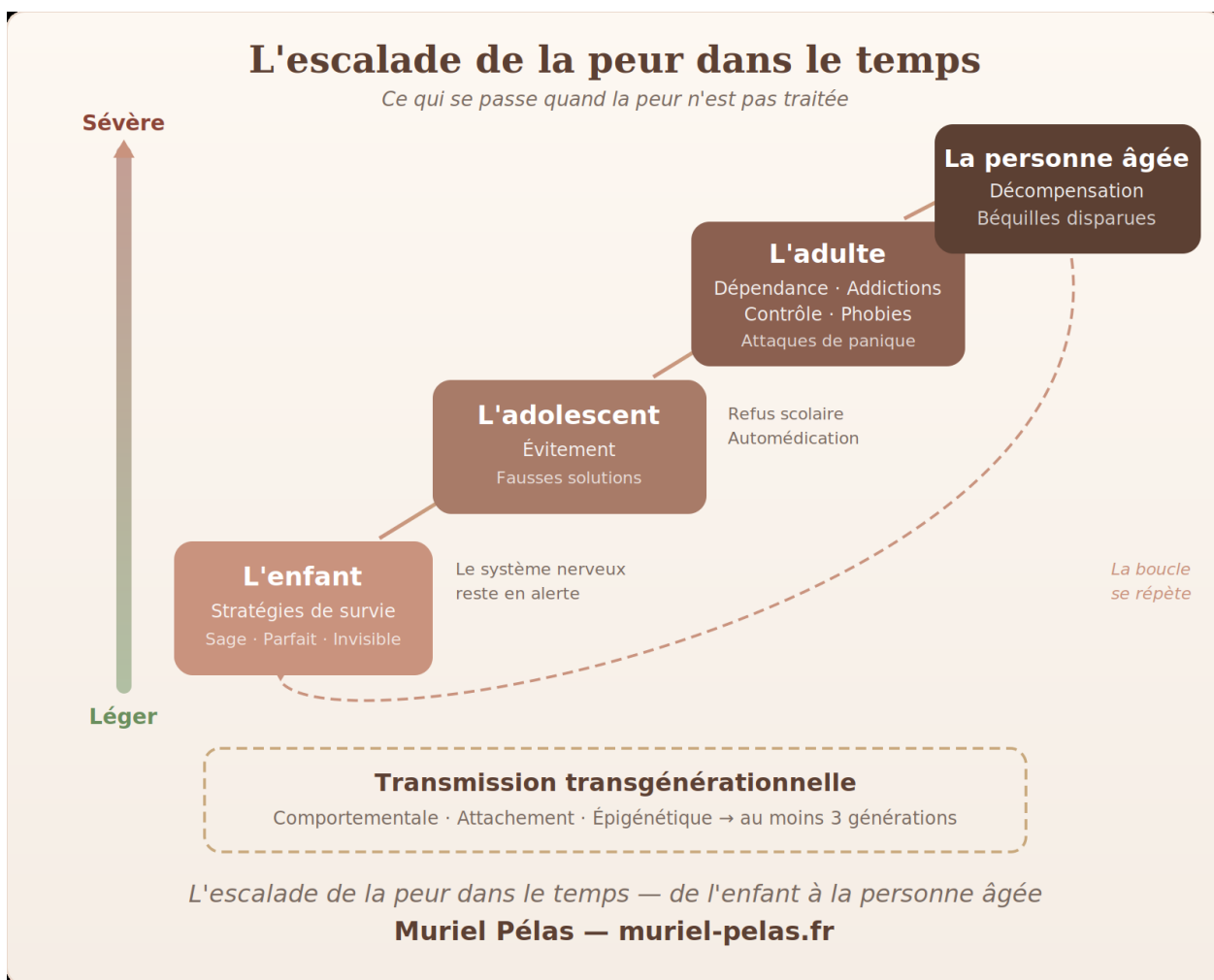
— Muriel Pélas

Au chapitre 1, vous avez découvert les cinq besoins fondamentaux de l'enfant — attachement, protection, amour, autonomie, expression — et ce qui se passe quand ils ne sont pas remplis : la peur s'installe. Vous avez vu comment le parent, selon qu'il répond ou non à ces besoins, active le système d'apaisement ou laisse le système de menace en alerte permanente.

Ce chapitre répond à une question simple et dérangeante : **que se passe-t-il quand cette peur n'est pas traitée ?**

La réponse est dans le cerveau lui-même. Le neuroscientifique Bruce McEwen a montré que le cerveau est à la fois le chef d'orchestre de la réponse au stress **et sa propre cible**. À court terme, l'activation des hormones de stress (cortisol, adrénaline) protège et permet l'adaptation — c'est l'**allostasie**. Mais quand cette activation se répète sans jamais se désactiver — parce que la co-régulation parentale, celle qui apprend au système nerveux de l'enfant à éteindre l'alarme, n'a pas eu lieu — elle produit une usure cumulative : la **charge allostatique** (McEwen & Stellar, 1993). L'amygdale s'hypertrophie, l'hippocampe s'atrophie, le cortex préfrontal se remodèle. Le cerveau se recalibre pour un monde dangereux — et il y reste.

L'allostasie (du grec « atteindre la stabilité par le changement ») désigne la capacité du corps à s'adapter aux demandes de l'environnement en modulant ses systèmes physiologiques. La charge allostatique est le prix biologique payé quand cette adaptation reste activée en permanence — l'usure du corps et du cerveau sous l'effet du stress chronique.



Ce schéma montre comment la peur non traitée s'aggrave au fil de la vie. **Chez l'enfant**, le système nerveux reste en alerte et des stratégies de survie apparaissent (enfant sage, parfait, invisible). **À l'adolescence**, l'évitement s'installe — refus scolaire, automédication, fausses solutions. **À l'âge adulte**, les béquilles se rigidifient : dépendances, addictions, contrôle, phobies, attaques de panique. **Chez la personne âgée**, quand les béquilles disparaissent (retraite, deuil, perte d'autonomie), la décompensation survient.

L'Inserm confirme : les troubles anxieux débutent souvent dans l'enfance ou l'adolescence et, sans prise en charge, s'aggravent au fil du temps. 70 à 80 % des personnes anxieuses développent une dépression. Le risque d'addiction est fortement augmenté (Inserm, 2025 ; OMS, 2025).

La boucle se répète : la peur non traitée se transmet d'une génération à l'autre — par les comportements, par l'attachement insécuré, et même par des mécanismes épigénétiques (sur au moins 3 générations).

L'Inserm confirme : les troubles anxieux débutent souvent dans l'enfance ou l'adolescence et, sans prise en charge, s'aggravent au fil du temps. 70 à 80 % des personnes anxieuses développent une dépression. Le risque d'addiction est fortement augmenté (Inserm, 2025 ; OMS, 2025).

La boucle se répète : la peur non traitée se transmet d'une génération à l'autre — par les comportements, par l'attachement insécuré, et même par des mécanismes épigénétiques (sur au moins 3 générations).

Enfant, j'avais peur de tout mais je ne disais rien. Adolescente, j'ai commencé à éviter — les sorties, les gens, les situations. À 30 ans, je buvais chaque soir pour m'endormir. À 42 ans, première attaque de panique. C'est là que j'ai compris : la peur était là depuis le début.

— Témoignage adapté (Alcool Info Service / Inserm)

➤ Et vous ?

Où en êtes-vous dans cette escalade ?

- Je suis encore au stade de l'enfant — je m'adapte, je fais bonne figure
- Je suis à l'adolescence — j'évite, je compense
- Je suis à l'âge adulte — les béquilles sont installées
- Je sens que les béquilles commencent à lâcher

Quelle béquille utilisez-vous le plus pour gérer votre peur au quotidien ?

L'enfant non rassuré — les stratégies de survie

L'enfant dont la peur n'a pas été accueillie ne s'effondre pas. Il s'adapte. C'est même ce qui rend le problème invisible : de l'extérieur, tout semble aller bien.

Le psychanalyste Donald Winnicott (1960) a nommé ce phénomène le **Faux Self** : quand l'environnement ne répond pas aux besoins authentiques de l'enfant, celui-ci développe une façade adaptative pour survivre. Il devient l'enfant sage — celui qui ne dérange jamais. Ou l'enfant parfait — celui qui a toujours de bonnes notes. Ou l'enfant drôle — celui qui fait rire pour détourner l'attention. Ou l'enfant invisible — celui qu'on oublie dans un coin de la pièce.

Ce ne sont pas des traits de personnalité. Ce sont des **stratégies de survie** — ce que la méthode MIGS nomme les **empreintes** : des schémas adaptatifs encodés dans le corps et le système nerveux, qui protègent l'enfant mais emprisonnent l'adulte.

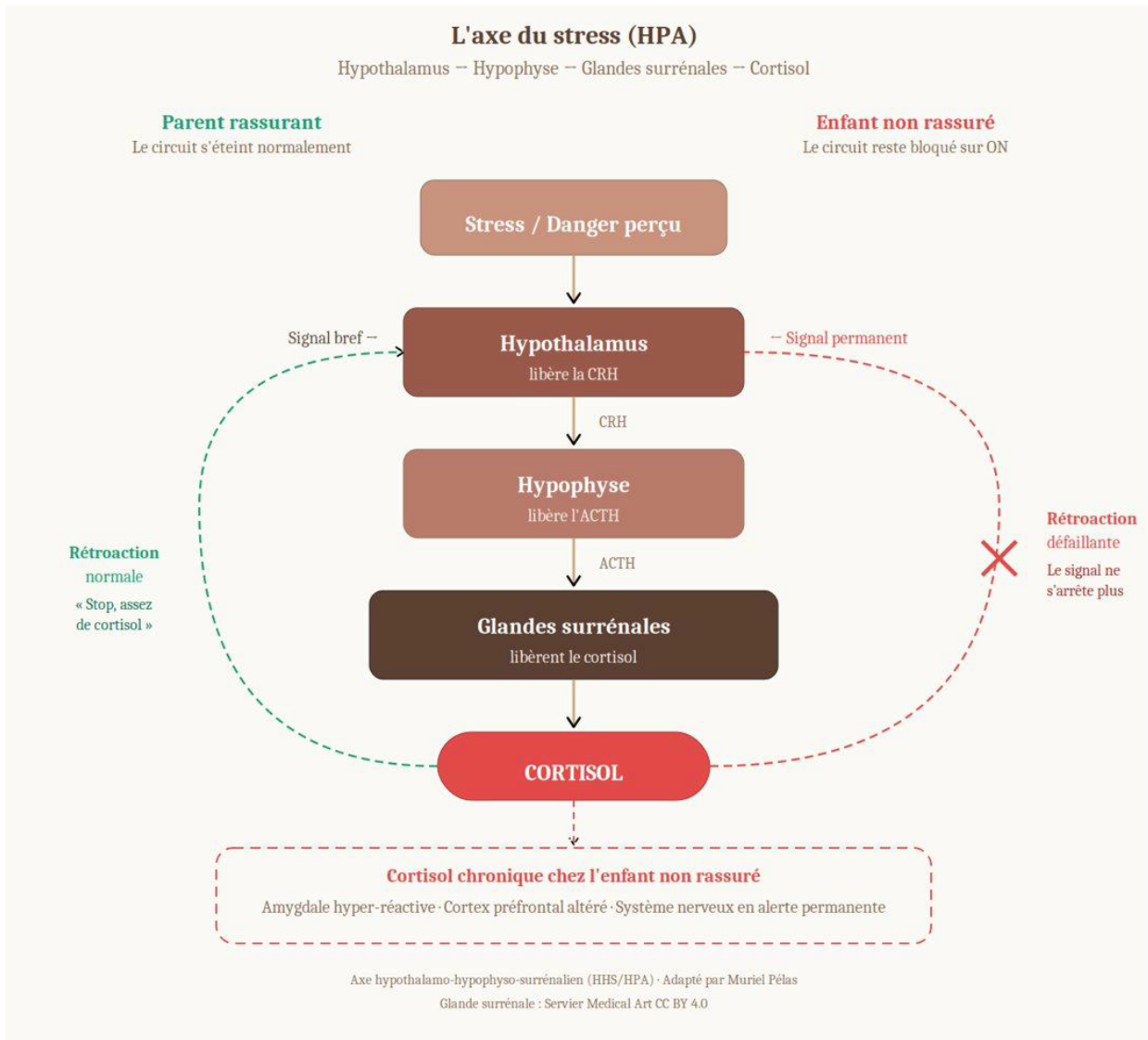
J'ai été l'enfant parfait. Premiers de classe, toujours poli, jamais un mot plus haut que l'autre. Tout le monde disait que j'étais « tellement facile ». Personne ne voyait que derrière cette façade, j'étais terrorisé. À 35 ans, j'ai fait un burnout. Mon thérapeute m'a dit : « Vous avez passé votre vie à jouer un rôle. Votre corps a fini par dire stop. »

— Témoignage adapté (Info-Utiles / négligence infantile, 2025)

Pendant ce temps, sous la surface, le système nerveux reste calibré sur « alerte ». Les travaux de Teicher & Samson (2016) montrent que les expériences négatives précoces produisent des **changements persistants sur les circuits neuraux** qui contrôlent l'axe hormonal du stress. Ces changements intensifient la réaction physiologique aux facteurs de stress ultérieurs.

L'axe hormonal du stress, ou axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien (HHS), est le système qui libère le cortisol — l'hormone du stress — quand le cerveau détecte un danger. Quand cet axe est dérégulé par le stress précoce, le corps produit trop de cortisol, trop souvent.

En d'autres termes : l'enfant non rassuré ne « grandit pas » avec sa peur. Il grandit **autour** de sa peur — en la contournant, en la compensant, en la camouflant. Mais elle est toujours là, codée dans son système nerveux.



*Axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien (HHS/HPA) — Adapté par Muriel Pélas
Glande surrénale : Servier Medical Art CC BY 4.0*

Ce schéma montre l'axe du stress — le circuit hormonal qui relie le cerveau aux glandes surrénales. Quand un danger est perçu, l'hypothalamus envoie un signal (CRH) à l'hypophyse, qui libère l'ACTH, qui déclenche la production de cortisol par les glandes surrénales.

Chez l'enfant rassuré (à gauche), le circuit s'éteint normalement : le cortisol atteint un seuil, le cerveau dit « stop, assez ». Chez l'enfant non rassuré (à droite), cette rétroaction est défailante — le signal ne s'arrête plus. Le corps produit du cortisol en permanence.

Résultat : une amygdale hyper-réactive, un cortex préfrontal affaibli, un système nerveux bloqué en mode alerte. Ce n'est pas un état psychologique — c'est un dérèglement physiologique mesurable (Teicher & Samson, 2016).

Et vous ?

Enfant, quelle stratégie avez-vous adoptée pour gérer la peur ?

- Être sage — ne jamais déranger
- Être parfait(e) — bonnes notes, bonne conduite
- Faire rire — détourner l'attention
- Prendre soin des autres — oublier mes propres besoins
- Être invisible — ne pas prendre de place
- Me rebeller — crier ce que je ne pouvais pas dire autrement

Cette stratégie fonctionne-t-elle encore aujourd'hui ? À quel prix ?



L'adolescent qui évite

L'adolescence est le premier test grandeur nature — et les neurosciences expliquent pourquoi. Le cortex préfrontal, responsable de la régulation émotionnelle et du contrôle des impulsions, ne termine sa maturation que vers 25 ans (Blakemore & Choudhury, 2006). Mais le système limbique — amygdale, circuit de la peur — est déjà pleinement actif. Ce décalage de maturation crée une **fenêtre de vulnérabilité** (Casey et al., 2008) : les émotions sont intenses, et le frein cortical n'est pas encore en place.

Le Faux Self qui fonctionnait dans le cadre familial — l'enfant sage, parfait, invisible — est mis à l'épreuve par un environnement social qui exige authenticité, spontanéité, prise de risque. Soit il se rigidifie, soit il s'effondre.

Pour l'enfant dont le système nerveux est déjà calibré sur « alerte » depuis l'enfance, ces épreuves normales deviennent des épreuves insurmontables.

Ces enfants sont en lutte : ils aimeraient pouvoir aller à l'école mais n'y parviennent pas. Ils ressentent de la honte à ne pas y arriver et une peur qui dépasse le seul cadre scolaire.

— Dr Hélène Denis, pédopsychiatre, CHU de Montpellier

Le refus scolaire anxieux — appelé à tort « phobie scolaire » — touche plus de 1 % des enfants d'âge scolaire et représente 5 % des consultations en pédopsychiatrie. Ce n'est pas un caprice. C'est un système nerveux qui dit « stop ».

Le refus scolaire anxieux se distingue de l'école buissonnière : l'ado qui sèche choisit de ne pas y aller. L'ado en refus anxieux veut y aller mais ne peut pas — son corps le bloque.

Sans prise en charge, la phobie scolaire évolue vers **une rupture sociale et scolaire** : isolement, dépression, abandon de la scolarité avec des conséquences graves pour l'avenir professionnel. Dans un tiers des cas, l'angoisse de séparation non traitée persiste et entraîne des difficultés chroniques à l'âge adulte.

Mais le refus scolaire n'est que la partie visible. **L'adolescence est la période de pic d'apparition des troubles mentaux** : l'âge médian d'apparition des troubles anxieux est 11 ans. La moitié de tous les cas commencent avant 14 ans. L'âge pic tous troubles confondus est 14,5 ans (Kessler et al., 2005 ; Solmi et al., 2022, *World Psychiatry*). Environ

31,9 % des adolescents vivront un trouble anxieux — c'est le trouble mental le plus fréquent de l'adolescence (Compass Health Center, 2024).

Et les conséquences sont mortelles. **Le suicide est la deuxième cause de décès des 10-34 ans** (CDC, 2023). 20 % des lycéens déclarent avoir sérieusement envisagé le suicide dans l'année (). 40 % rapportent des sentiments persistants de tristesse ou de désespoir. Le nombre d'hospitalisations d'adolescents pour tentative de suicide a doublé en dix ans.

L'automutilation est devenue le symptôme signature de cette crise : 13 à 17 % des adolescents s'automutilent, avec un début typique entre 11 et 15 ans et un pic entre 15 et 17 ans. Ce n'est pas un caprice ni un appel à l'attention — c'est un système nerveux submergé qui cherche à réguler une douleur psychique par une douleur physique.

“
En 4ème, c'était encore pire. J'ai manqué un nombre impressionnant de jours d'école. J'ai presque raté le sport parce que j'étais trop anxieuse pour me changer et participer. Personne ne comprenait. Mes professeurs me criaient dessus parce que j'étais « paresseuse ». Mes amis me jugeaient. Cet été-là, j'ai commencé à me faire du mal. Je ne nageais plus, je ne faisais plus aucune activité parce qu'il y avait des coupures sur toutes mes jambes. Au lycée, souvent je ne pouvais même plus sortir du lit. Je me blessais presque chaque jour. Je me disais que si j'arrêtais l'automutilation, je n'aurais plus rien pour m'empêcher de me tuer.

— Alicia, diagnostiquée anxiété généralisée à 12 ans (Your Teen Magazine)

Ce témoignage illustre ce que vivent des millions d'adolescents : la **façade** (les bons résultats, l'apparence normale), le **silence** (l'incapacité à demander de l'aide), l'**isolement** (le retrait social progressif), et les **stratégies de survie destructrices** (automutilation, substances, écrans). L'ado anxieux ne « traverse une phase » — son système nerveux est en crise, et chaque jour sans traitement ajoute une couche de dégâts.

C'est aussi à l'adolescence qu'apparaissent les **premières fausses bonnes solutions** : le premier verre d'alcool pour « se détendre » en soirée, le cannabis pour « arrêter de penser », les écrans pour s'anesthésier, la première relation fusionnelle comme seule source de sécurité. L'étude longitudinale Inserm/Imagen (2023, *Molecular Psychiatry*), qui a suivi 2 000 adolescents de 14 à 23 ans, confirme que les adolescents anxieux recourent fréquemment à la nicotine, aux amphétamines, à l'alcool ou au cannabis pour « s'automédicamentent ».

Et vous ?

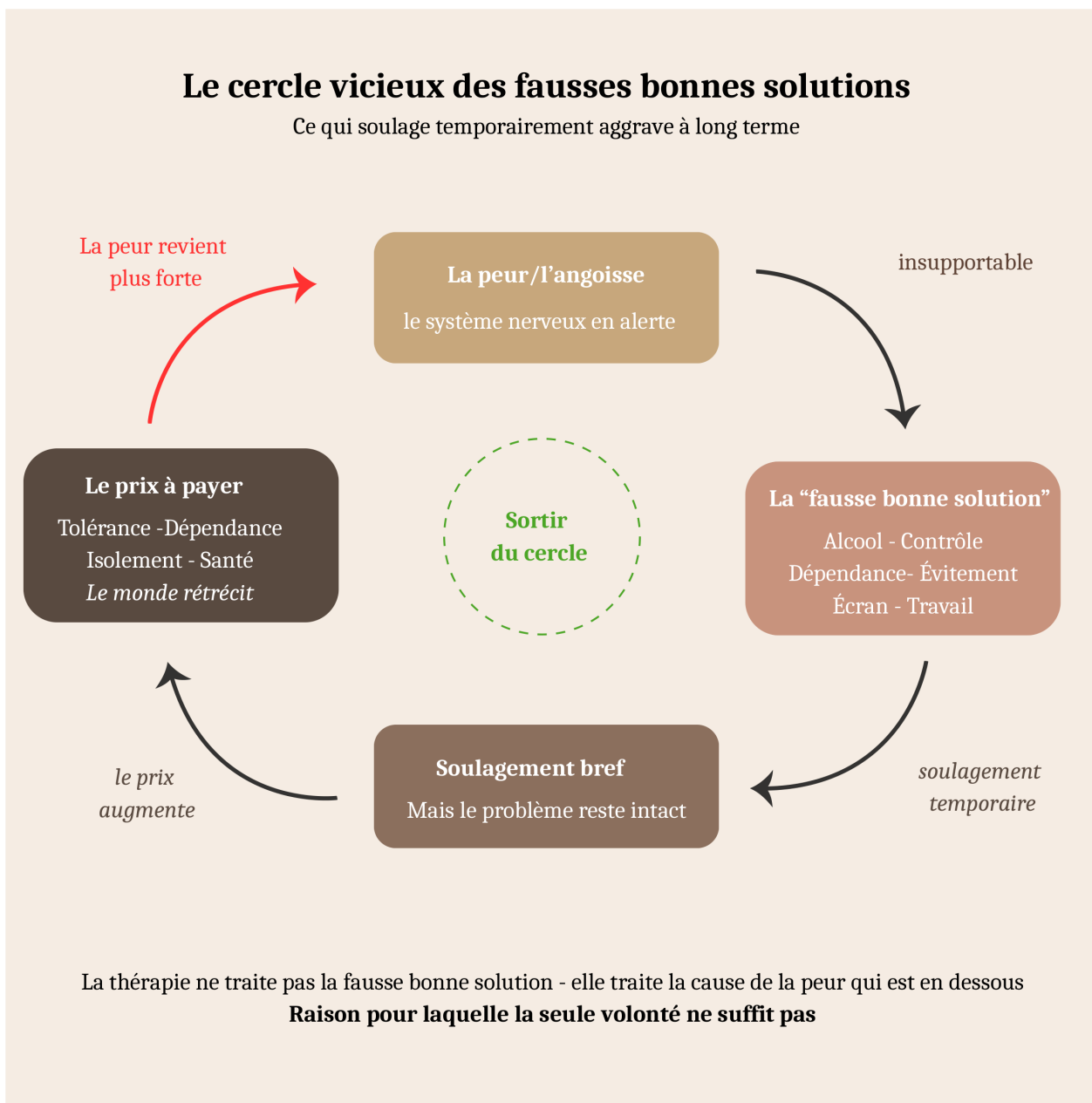
Adolescent(e), qu'avez-vous commencé à éviter ?

- Les soirées, les fêtes, les situations sociales
- L'école ou certains cours
- Les conflits — dire oui pour avoir la paix
- L'intimité — les premières relations amoureuses
- Rien en apparence — mais je compensais (alcool, écrans, nourriture, travail)

Quelle « fausse bonne solution » avez-vous trouvée à l'adolescence ?



L'adulte en alerte permanente — les fausses bonnes solutions



Les stratégies de survie de l'enfance et les évitements de l'adolescence se solidifient en ce que le psychologue Jeffrey Young (2003) appelle des **schémas précoces inadaptés** — des patterns profonds qui se construisent dans l'enfance et se répètent tout au long de la vie adulte. L'adulte ne sait plus qu'il a peur — il pense que c'est « sa personnalité ». « Je suis quelqu'un d'anxieux », « je suis comme ça », « dans ma famille on est tous nerveux ».

Mais ce n'est pas une personnalité — c'est un système nerveux qui n'a jamais appris à se calmer.

Chaque « fausse bonne solution » décrite ci-dessous est une tentative du système nerveux de combler ce que le système d'apaisement (Gilbert, 2009) n'a jamais appris à fournir. La Dr Marie-Paul Ross les décrit comme les **rayons de l'angoisse** : les manifestations qui irradiant depuis le besoin fondamental non rempli et la blessure non traitée.

LES BONNES SOLUTIONS

Si les fausses bonnes solutions échouent, c'est parce qu'elles traitent le symptôme — le rayon — sans toucher la racine. La racine, c'est double : des **besoins non remplis** (l'enfant n'a pas reçu ce dont il avait besoin — sécurité, amour, protection, écoute) et des **blessures non traitées** (ce qui lui est arrivé de blessant, toxique ou nocif n'a pas été accueilli ni traité). La bonne solution commence par le rôle du parent — celui qui remplit les besoins ET qui traite les blessures. Les neurosciences (Gunnar & Hostinar, 2002-2017) ont montré que la présence d'un parent sécurisant **bloque littéralement l'élévation du cortisol** chez l'enfant en détresse. Ce n'est pas une métaphore — c'est un mécanisme biologique mesurable. Ce rôle se décline en quatre dimensions inséparables :

Prévenir — c'est d'abord **dire explicitement à l'enfant le rôle du parent**. L'enfant ne le devine pas. Il a besoin de l'entendre, clairement, régulièrement : « Je suis là pour t'aider. Pour te défendre. Pour t'écouter. En tout temps et en tout lieu. Quoi qu'il se passe, tu peux me le dire — ce ne sera jamais ta faute, et je ne serai jamais fâché que tu m'en parles. » Le parent est le premier défenseur de l'enfant. Et l'enfant doit le savoir.

Trop souvent, on laisse les enfants « se débrouiller seuls » — par conviction éducative, par manque de temps, par reproduction de ce qu'on a soi-même vécu. L'intention est parfois bonne : « il faut qu'il apprenne à se défendre ». Mais un enfant dont le système nerveux est encore en construction n'a **pas les ressources neurologiques pour traiter seul une expérience de violence**. Le laisser seul face à cette expérience, c'est lui apprendre — dans son corps, pas dans sa tête — que personne ne viendra.

J'étais fatiguée d'essayer d'être heureuse. Fatiguée de me rappeler que ma famille m'aimait, alors qu'à l'école ils me détruisaient chaque jour. J'ai décidé de mettre fin à mes jours. Je me suis réveillée à l'hôpital. Mes parents m'ont demandé pourquoi je ne leur avais jamais rien dit. J'ai pensé : comment aurais-je pu ? Ils n'auraient pas compris.

— Témoignage recueilli par un pédopsychiatre — patiente de 12 ans hospitalisée après tentative de suicide (Parkview Health)

Et quand l'enfant ose parler, la réponse parentale est décisive. Trop de parents, sans le vouloir, ferment la porte :

« Oublie ce qui s'est passé et passe à autre chose. » Ce sont les premiers mots que mes parents m'ont dits quand j'ai essayé de parler du harcèlement. Pour eux, c'était réglé. Chapitre clos. Ce que j'aurais voulu entendre : « Ce n'est pas ta faute. Tu n'as rien fait de mal. Tu ne méritais pas ça. »

— Témoignage d'un adulte racontant son enfance (Aha-Now, 2019)

Les phrases qui ferment la porte : « Pourquoi c'est toi qui es visé ? » — « Qu'est-ce que tu as fait pour provoquer ça ? » — « Je suis fatigué de tes histoires » — « Va voir un psy, moi je ne peux rien faire. » Chacune de ces phrases dit à l'enfant : tu es seul. (Parkview Health)

Prévenir, c'est aussi **construire chez l'enfant les ressources qui font qu'il ne sera pas ciblé.**

Les recherches sur les sports d'autodéfense adaptés à l'âge montrent des résultats significatifs en prévention. Le **Krav Maga** pour enfants est particulièrement pertinent : il enseigne à se *défendre*, pas à attaquer. Il développe la conscience situationnelle — être attentif à son environnement et reconnaître les menaces potentielles avant qu'elles ne s'aggravent (California Defense Academy). L'enfant apprend à lire une situation à risque, à poser des limites verbales et corporelles, et à se défendre au bon moment en contre-attaquant si nécessaire. Le **judo** et le **karaté** apportent des bénéfices complémentaires : une étude pilote menée auprès de 61 enfants de 10 à 13 ans a mesuré les effets d'un programme de judo intégré au milieu scolaire — réduction significative de l'anxiété, diminution de la victimisation, et amélioration mesurable de la confiance en soi et de la régulation émotionnelle (ResearchGate, 2023). Une autre étude rapporte que les enfants ayant suivi des programmes d'arts martiaux présentent **60 % d'incidents de harcèlement en moins** par rapport à leurs pairs (Harvard Health).

Ce n'est pas parce que l'enfant apprend à se battre. C'est parce qu'il développe ce que les psychologues appellent un « bouclier de confiance » : une assurance corporelle — posture, regard, ancrage — et une **conscience situationnelle** qui lui permettent de lire son environnement, d'anticiper les menaces, et de modifier la façon dont les autres le perçoivent. Les harceleurs ciblent la vulnérabilité perçue. L'enfant qui habite son corps différemment et qui sait évaluer une situation **n'est pas visé comme une proie** — la prévention a fonctionné.

Au-delà des arts martiaux, d'autres activités construisent cette confiance en amont. Le **théâtre** enseigne à prendre la parole, à gérer le regard de l'autre, à accueillir l'échec comme partie du processus (BMC Public Health, 2023). Les **sports d'équipe** cultivent le sentiment d'appartenance et l'auto-efficacité — la croyance en sa capacité à réussir, au sens de Bandura (1997). Les **activités créatives** (musique, art, écriture) offrent un espace où l'enfant découvre qu'il a une voix, une valeur, une capacité d'action sur le monde.

Le mécanisme commun est l'**expérience de maîtrise** : l'enfant fait l'expérience corporelle et émotionnelle qu'il est capable de quelque chose de difficile. Ce vécu s'inscrit dans le système nerveux — ce n'est pas une idée, c'est une empreinte nouvelle qui vient contredire les empreintes de non-valeur et de perte de contrôle. C'est de la prévention au sens fort : on ne traite pas le mal, on construit les défenses *avant* qu'il n'arrive.

Apaiser physiquement — quand le mal est là, la première réponse est corporelle. Si l'enfant est blessé, on soigne. Dans tous les cas, on le prend dans les bras. Ce contact corporel — le câlin, le toucher rassurant — déclenche la libération d'ocytocine, qui désactive directement l'axe du stress. Le parent prête son système nerveux calme à l'enfant dont le système nerveux est en alarme. L'enfant a d'abord besoin de sentir qu'il est en sécurité physique, tenu, contenu.

Apaiser émotionnellement — une fois le corps apaisé, les mots. Nommer ce que l'enfant ressent, passer du stress au calme par un langage juste et rassurant. « Je te crois. Ce n'est pas ta faute. Je suis là. On va trouver une solution ensemble. » Ces mots activent les circuits préfrontaux de sécurité. L'enfant passe de l'état d'alerte à l'état de lien.

Protéger — une fois l'enfant apaisé et sécurisé, le parent agit contre le danger : contacter l'école, confronter la situation, changer d'établissement si nécessaire, porter plainte quand la loi est franchie. L'enfant a besoin de voir que l'adulte agit — que sa souffrance est prise au sérieux et qu'elle mérite une réponse concrète. Mais cette action vient *après* l'apaisement, pas avant.

Les quatre ensemble. Pas l'un sans les autres. C'est ce que la Dr Ross appelle « servir de machine à laver le mal » : le parent **remplit les besoins** de l'enfant (sécurité, lien, écoute) et **traite les blessures** — physiquement si l'enfant est blessé, corporellement par le contact et le câlin, émotionnellement par les mots qui rassurent. Le mal est **traité**, pas rendu supportable. Sans ce traitement, les conséquences peuvent aller de la maladie à la mort, en passant par les addictions, la violence, la dépendance — exactement les rayons du schéma de Ross.

Après bien des larmes, ma mère m'a convaincue que la seule façon de faire face, c'était de rassembler mon courage et d'affronter directement cette fille. Et ma mère avait raison. Ça a peut-être été la chose la plus difficile de mes quatorze ans, mais aussi la plus courageuse. Je l'ai appelée au téléphone. Je lui ai dit qu'elle avait été cruelle et qu'elle le savait. « Arrête. » Et c'était fini. J'ai ressenti quelque chose de nouveau : un sentiment de pouvoir sur ma propre vie. Je pouvais faire face à la méchanceté et en ressortir debout.

— Témoignage d'une adulte racontant comment sa mère l'a accompagnée face au harcèlement
(Confident Parents, Confident Kids)

Et quand l'enfant ne peut pas parler, c'est le parent qui doit aller chercher la vérité. James Jones, père d'une fille atteinte de paralysie cérébrale, a compris ce qui se passait le jour où il a accompagné sa fille au bus scolaire : « *Quand j'ai accompagné ma fille au bus ce matin-là, elle a fondu en larmes et m'a enfin parlé des harceleurs qui la tourmentaient dans le bus scolaire* » (AbilityPath / NBC Today Show). Il est monté dans le bus. Il a agi. La vidéo a fait le tour des États-Unis — parce que le monde entier a reconnu ce qu'un parent est censé faire.

L'ENFANT PIÉGÉ — QUAND PERSONNE NE VIENT

Mais que se passe-t-il quand ces bonnes solutions n'existent pas ? Quand le parent est absent, débordé, lui-même traumatisé, ou simplement ne sait pas que c'est son rôle ? Quand les besoins ne sont pas remplis et les blessures pas traitées ?

Les neurosciences sont formelles : le cerveau de l'enfant **n'est pas une version immature du cerveau adulte** — il possède des adaptations fonctionnelles spécifiques à la petite enfance, qui le rendent structurellement dépendant du donneur de soin pour traiter les expériences adverses (Sullivan et al., 2022, *Frontiers in Behavioral Neuroscience*). Sans la co-régulation parentale, les zones cérébrales de traitement du trauma — amygdale, hippocampe, cortex préfrontal — se développent dans un contexte de menace permanente.

Concrètement : **l'enfant qui subit l'adversité sans soutien parental endure de longues périodes d'affect négatif intense seul, sans étayage pour réguler ses états émotionnels**. Cette surcharge émotionnelle non traitée peut interférer avec le développement de l'hémisphère droit au point de provoquer la mort cellulaire dans les zones hyperactivées du cerveau (Schoore, 2001).

Un de mes premiers souvenirs, c'est de me réveiller en pleurant dans mon berceau après un cauchemar. Personne n'est venu. Je me suis rendormi en pleurant.

— Christopher Anderson, survivant de négligence parentale (DomesticShelters.org)

Sa tactique de survie : « être aussi silencieux et invisible que possible ». Ses deux parents souffraient de dépression sévère non diagnostiquée. Sa maison n'était pas un refuge. La négligence parentale a été suivie d'abus sexuels par un voisin pendant trois ans. Puis sont venues les addictions, la dépression, l'anxiété, les idées suicidaires — les rayons du schéma de Ross. Il n'a reçu de l'aide qu'à 30 ans.

Alors il s'adapte. Il développe des convictions qui deviennent des certitudes neurologiques : « C'est ma faute. » « Je l'ai mérité. » « Si j'en parle, ce sera pire. » « Je ne vauds rien. » Ce ne sont pas des pensées — ce sont des **empreintes**, gravées dans le système nerveux par la répétition et l'absence de contradiction.

Tout au long de mon enfance, j'ai côtoyé des gens qui auraient pu intervenir. Les enseignants n'ont pas posé de questions. Les catéchistes ont fermé les yeux. Les médecins des urgences n'ont pas vu les schémas qui se répétaient. Le système m'a laissée tomber. Ne laissez pas le fardeau sur l'enfant. C'est trop gros et trop lourd pour quelqu'un seul — mais pour un enfant, c'est trop gros pour le dire.

— Kristina Dunlap, survivante — 3 tentatives de suicide avant 21 ans (Children's Center)

C'est le paradoxe du harcèlement scolaire aujourd'hui : en France, 35 % des jeunes déclarent avoir subi du harcèlement (e-enfance, 2025), mais la majorité ne le dit pas à un adulte. L'enfant cache, intériorise, s'habitue — non pas parce qu'il est lâche, mais parce que son système nerveux a appris que **personne ne viendra laver le mal**.

Et c'est précisément cette absence de traitement — pas le harcèlement en soi — qui produit les dégâts à long terme. L'étude ACE de Felitti & Anda (1998, 17 421 adultes) a démontré que lorsque les besoins de l'enfant ne sont pas remplis et que les blessures des expériences adverses ne sont pas traitées, cela produit, des décennies plus tard, une augmentation dose-dépendante de la dépression, des addictions, des tentatives de suicide, des maladies cardiovasculaires. Même racine, manifestations multiples — exactement ce que montre le schéma suivant.

L'ENFANT HARCELEUR — L'AUTRE VISAGE DE LA PEUR

Mais il y a un autre enfant piégé que personne ne regarde : **le harceleur lui-même**. La recherche est formelle : l'enfant qui harcèle est, dans la grande majorité des cas, un enfant dont les besoins n'ont pas été remplis et dont les blessures n'ont pas été traitées non plus.

Une large étude portant sur 37 000 enfants d'âge scolaire a trouvé une forte corrélation entre la présence de maltraitance, d'abus sexuels ou de négligence dans l'environnement familial et la probabilité que l'enfant devienne harceleur à l'école. Les « harceleurs » rapportent de plus en plus souvent la violence domestique, la négligence et les problèmes de toxicomanie parentale (BMC Psychology). Bandura (1978) l'explique par l'apprentissage social : les enfants maltraités en viennent à croire que l'agression est une façon acceptable de se comporter — parce que c'est la seule qu'ils ont vue.

Le harcèlement a commencé après le divorce de mes parents. J'étais seul tout le temps — j'étais « l'homme de la maison » à dix ans. J'étais aussi paranoïaque — persuadé que ma mère ne rentrerait jamais du travail, et que tout s'effondrerait. Je ne savais pas pourquoi je harcelais les autres. Je le sais maintenant.

— Walter Bowne, ancien harceleur devenu éducateur (Medium)

La violence entre frères et sœurs s'inscrit dans le même schéma. Quatre familles sur cinq rapportent une forme de violence entre frères et sœurs, dont 53 % impliquent des actions à fort potentiel de blessure grave — coups de pied, morsures, coups de poing. Les abus sexuels entre frères et sœurs sont étonnamment fréquents (Psychology Today). L'enfant qui agresse son frère ou sa sœur reproduit ce qu'il a vécu ou observé — il n'a appris aucun autre moyen de gérer sa propre détresse.

Le divorce de ses parents a ruiné sa vie. Si j'avais compris à l'époque ce qu'il traversait, le harcèlement n'aurait peut-être pas eu lieu.

— Témoignage d'un ancien camarade du harceleur (Buzzfeed)

Elle m'a raconté des choses sombres sur son père — des choses qui mettent ses difficultés en perspective. Quand elle me harcelait, son père venait d'aller en prison. Maintenant je ressens de la compassion pour l'enfant blessée de 10 ans qui m'a blessée.

— Témoignage d'une victime devenue adulte (Buzzfeed)

Il m'a dit que sa mère laissait beaucoup à désirer et qu'il ne s'était pas senti désiré à la maison. Alors voilà : nous, des enfants de classe moyenne sans cœur, nous en remettions une couche à l'école.

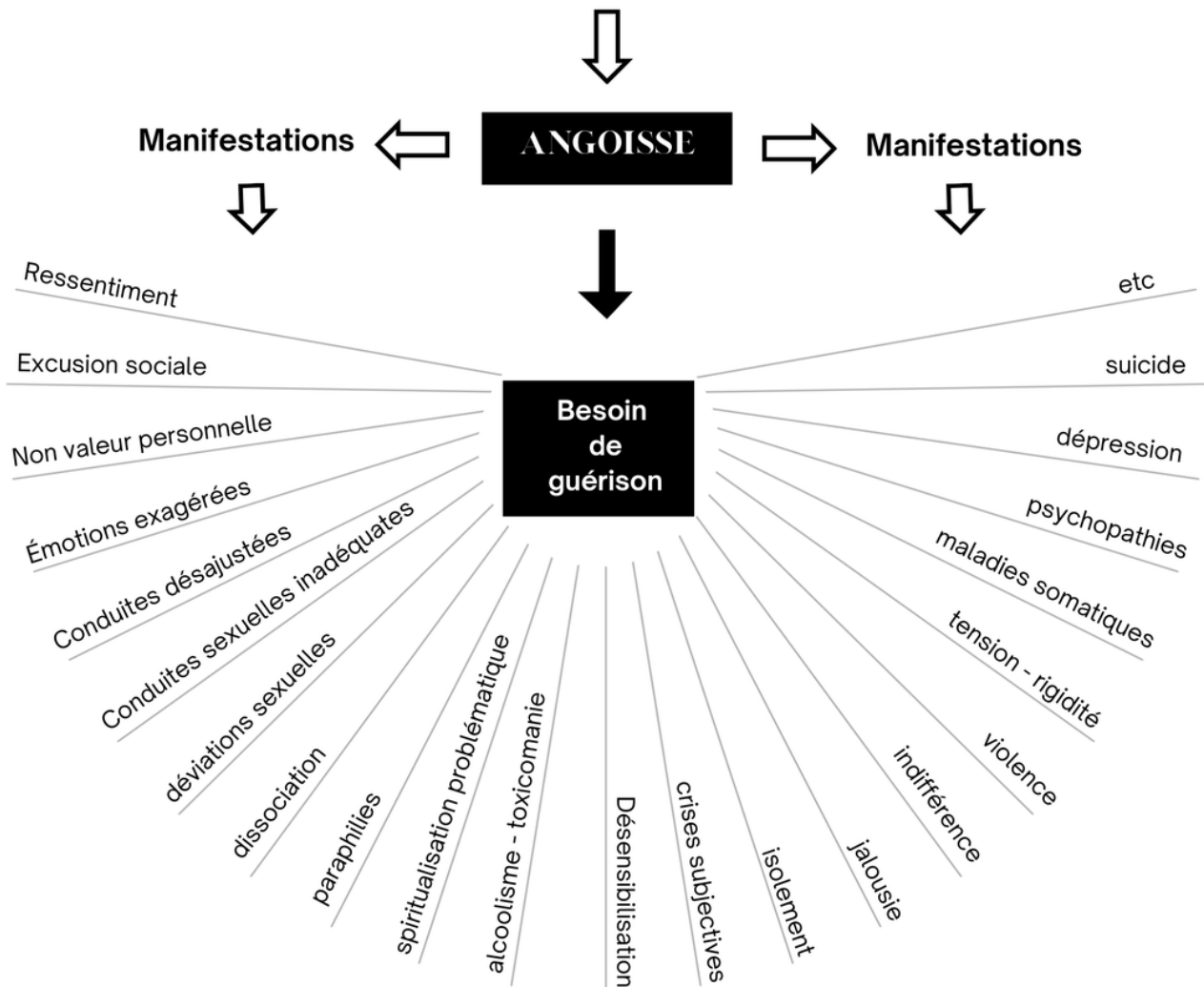
— Témoignage d'une ancienne harceuse devenue mère (Mummy From The Heart)

Les conséquences pour les « bully-victims » — ces enfants à la fois harcelés et harceleurs — sont les plus graves de toutes : risque le plus élevé de problèmes de santé mentale, violence dans les relations amoureuses dès la 4ème, et reproduction du cycle avec leurs propres enfants à l'âge adulte (StopBullying.gov). Des entretiens en prison avec des auteurs de fusillades scolaires ont révélé que plus de deux tiers avaient été victimes de harcèlement, en particulier sur le genre (KCUR).

Ce que ces témoignages et ces données montrent cliniquement : **le harceleur est un rayon du schéma de Ross**. La violence dirigée vers l'extérieur est le même mécanisme que l'addiction, le contrôle, la dépendance — une fausse bonne solution pour gérer une angoisse jamais traitée. Traiter le rayon (punir le harceleur) sans traiter la racine (ses propres besoins non remplis et ses blessures non traitées) = comportement de la répétition. C'est pour cela que les politiques de « tolérance zéro » échouent : elles traitent le symptôme, pas la cause.

DYNAMIQUE DE L'EXPIÉRIENCE DE L'ANGOISSE

Privations - Blessures - Carences affectives -
Insatisfactions - Malaises affectifs
identifiés ou non identifiés



l'être humain ne supporte pas l'angoisse
le bien-être affectif est vital



annule la sensation du malaise affectif ou recherche des expériences
sensorielles pour ne pas ressentir l'angoisse



Soulagement temporaire → Ressent à nouveau l'angoisse → Comportement de la répétition

Solution → Guérison des racines de l'angoisse

Ce schéma montre l'ensemble des manifestations qui irradient depuis le besoin fondamental non rempli et la blessure non traitée : dépendance affective, addictions, contrôle excessif, dépression, maladies somatiques, violence, isolement, dissociation, conduites désajustées, non valeur personnelle — et au bout du chemin, le suicide. **Chacune de ces manifestations sera détaillée au chapitre 4**, avec les preuves scientifiques et les témoignages qui montrent comment la même racine produit des conséquences si différentes en apparence — mais identiques dans leur mécanisme.

Pour l'instant, poursuivons l'escalade dans le temps : que se passe-t-il quand ces fausses bonnes solutions accompagnent la personne jusqu'à la vieillesse ?



⇒ Et vous ?

Quelle « fausse bonne solution » utilisez-vous aujourd'hui pour gérer votre peur ?

- La dépendance affective — je ne supporte pas d'être seul(e)
- L'alcool, les médicaments ou une autre substance
- Le contrôle — je dois tout organiser, tout prévoir
- L'évitement — j'évite de plus en plus de situations
- Le travail — je ne m'arrête jamais
- Les écrans — pour ne plus penser

Que se passe-t-il quand cette « solution » ne fonctionne plus ?

La personne âgée face à la mort — la preuve que ça ne s'arrange pas tout seul

Voici les chiffres que personne ne dit : l'**âge médian d'apparition des troubles anxieux est 11 ans**. La moitié de tous les cas débutent avant 14 ans. Les trois quarts avant 24 ans. Et **99 % des troubles anxieux commencent avant l'âge de 65 ans** (Kessler et al., 2005, *Archives of General Psychiatry*, 9 282 adultes). La croyance populaire selon laquelle l'anxiété apparaîtrait en vieillissant est fautive : elle était là depuis l'enfance — simplement compensée.

L'Organisation Mondiale de la Santé estime qu'environ 14 % des personnes de plus de 60 ans vivent avec un trouble psychiatrique, la dépression et l'anxiété étant les plus fréquents (OMS, cité dans PMC 2025). Une étude de cohorte sur 22 ans (PMC, 2025) a confirmé que les ACE accélèrent la progression vers la comorbidité psychiatrique chez les personnes âgées et augmentent de 33 % la probabilité cumulée de développer des troubles multiples.

Ce qui change avec l'âge, ce n'est pas l'anxiété — ce sont les **béquilles** qui la compensaient. Le travail qui structurait les journées → la retraite. Le conjoint qui rassurait → le deuil. Les amis qui soutenaient → l'isolement progressif. La santé qui permettait l'activité → la perte d'autonomie. Le corps qui obéissait → les chutes, les maladies. La recherche le confirme : à la retraite, la personne a plus de temps pour ruminer et moins de distractions pour tenir les souvenirs difficiles à distance. Les symptômes qui n'étaient pas exprimés avant peuvent émerger avec violence (ASA Generations, 2023 ; Davison et al., 2016).

Quand les béquilles disparaissent, ce qui était compensé se **décompense**. Et l'angoisse de fond — celle qui était là depuis l'enfance — ressurgit avec une violence d'autant plus grande que la personne n'a plus les ressources pour la contenir. Le TSPT est même un facteur de risque identifié pour le développement de la démence — et la démence, en retour, augmente le risque de TSPT à apparition tardive (Yaffe et al., 2010).

Mme A., 66 ans, est venue en psychothérapie pour une dépression et une anxiété qui s'aggravaient. Elle avait une histoire de dépression qui avait commencé quand elle était jeune adulte. Quand elle a dû se soumettre à des examens médicaux intrusifs par des médecins inconnus, elle est devenue anxieuse et déprimée. Ce n'est qu'après avoir exploré et traité un ancien trauma sexuel — une expérience qu'elle avait efficacement supprimée puis refoulée — que la résolution est devenue possible.

— Cas clinique composite (Ladson & Bienenfeld, 2007 — PMC)

Les angoisses spécifiques des aînés : la peur de la perte d'autonomie (75 % des seniors la redoutent), l'angoisse de la mort et de la maladie, la peur de l'isolement et de l'abandon, l'angoisse vespérale (qui augmente à la tombée de la nuit), et le TSPT sous-diagnostiqué dans cette population — les personnes âgées expriment plus facilement des plaintes physiques (douleur, insomnie, troubles digestifs) que des mots comme « anxiété » ou « dépression ».

Nos aînés nous montrent ce qui nous attend si nous ne traitons pas la peur maintenant. Non pas pour nous faire peur — mais pour nous donner une raison d'agir.

Et vous ?

Reconnaissez-vous ce schéma chez un de vos parents ou grands-parents ?

- Oui — il/elle a toujours été anxieux(se)
- Oui — et ça s'est aggravé avec l'âge
- Oui — mais personne dans la famille n'appelle ça de l'anxiété
- Je reconnais ce schéma chez moi aussi

Qu'est-ce que vous ne voulez pas reproduire ?



La transmission transgénérationnelle — quand la peur se transmet sans un mot

Le parent anxieux crée l'enfant anxieux. Non pas parce que l'anxiété est « génétique » au sens simple du terme, mais par **trois voies de transmission** documentées par la recherche :

1. La transmission comportementale — l'enfant apprend en observant. Un parent qui sursaute au moindre bruit, qui évite les situations sociales, qui exprime une inquiétude permanente, transmet à l'enfant un modèle du monde où le danger est partout. Les neurones miroirs jouent un rôle central : les petits enfants sont dans une grande empathie à l'égard de leurs parents et captent leurs états corporels, y compris les états de panique.

Les neurones miroirs sont des neurones qui s'activent aussi bien quand une personne effectue une action que quand elle observe quelqu'un d'autre effectuer la même action. Chez l'enfant, ce système permet un apprentissage par imitation — y compris l'imitation de la peur.

2. La transmission par l'attachement — le parent qui n'a pas été rassuré ne sait pas rassurer. Il reproduit inconsciemment le style d'attachement qu'il a reçu. L'enfant d'un parent anxieux a un risque accru de développer un attachement insécuré — anxieux, évitant ou désorganisé.

3. La transmission épigénétique — les recherches de Rachel Yehuda (Mount Sinai Hospital, New York) sur les survivants de l'Holocauste et leurs enfants ont montré que les traumatismes laissent des marques chimiques sur l'ADN — des modifications épigénétiques du gène FKBP5 (un gène impliqué dans la régulation du stress) — qui se transmettent aux générations suivantes. Chez les survivants, la méthylation de ce gène augmente. Chez leurs enfants adultes — qui n'ont jamais mis les pieds dans un camp — elle diminue (Yehuda et al., 2016, *Biological Psychiatry*, 32 survivants, 22 enfants). Une étude de 2020 a confirmé que cet effet est principalement lié à l'exposition maternelle pendant l'enfance. Chez la souris, Dias & Ressler (2014, *Nature Neuroscience*) ont démontré que la peur conditionnée à une odeur se transmettait par voie épigénétique aux générations suivantes, même sans exposition directe.

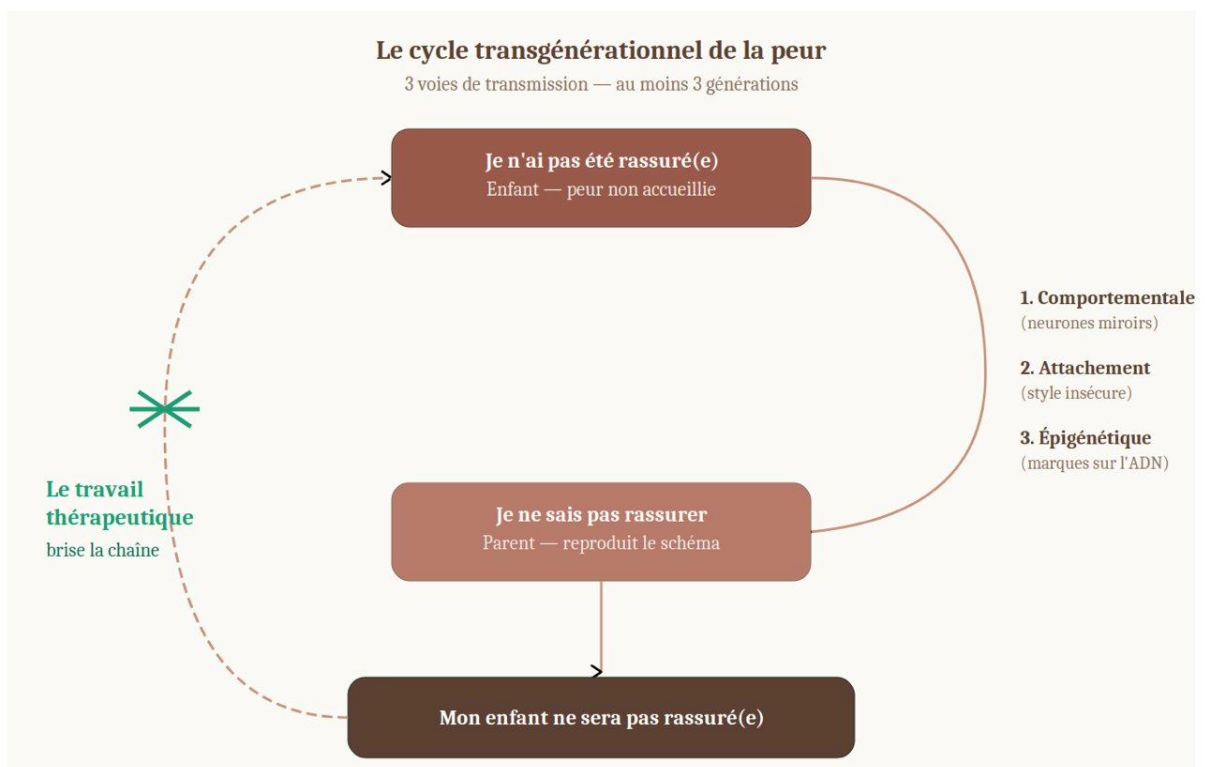
L'épigénétique désigne les modifications chimiques qui modifient l'expression des gènes sans changer la séquence d'ADN elle-même. C'est comme si le traumatisme écrivait une note dans la marge du livre génétique — et que cette note était lue par les générations suivantes. Mais — et c'est fondamental — ces notes peuvent être effacées : quand les souris ont été reconditionnées pour perdre leur peur, leurs descendants n'avaient plus la marque épigénétique. Et des vétérans

traités par psychothérapie ont montré des changements de méthylation du même gène FKBP5. La transmission n'est pas une fatalité.

Les enfants de survivants de l'Holocauste nous appelaient en clinique et disaient : « Nous sommes des victimes de l'Holocauste et nous avons besoin de traitement. » Joseph, banquier d'affaires élégant en costume Armani, n'avait pas l'air d'une victime de quoi que ce soit. Mais son père réveillait la famille chaque nuit par ses hurlements de terreur. Sa mère racontait des histoires de meurtres de proches comme contes du soir. Joseph souffrait d'anxiété, de culpabilité, de relations dysfonctionnelles et d'intrusions d'images liées à l'Holocauste — un événement qu'il n'avait jamais vécu.

— Rachel Yehuda, neuroscientifique, Mount Sinai — Scientific American, 2024

L'impact peut s'étaler sur **au moins trois générations**. Et quand il y a des secrets de famille, les symptômes deviennent encore plus difficiles à comprendre : des phobies sans raison apparente, des angoisses que la personne ne peut relier à aucun événement de sa propre vie.



Le cycle transgénérationnel de la peur — et comment le briser

La boucle : je n'ai pas été rassuré(e) → je ne sais pas rassurer → mon enfant ne sera pas rassuré(e). Ce n'est pas une fatalité — c'est une chaîne. Et une chaîne, ça se brise. C'est précisément le travail thérapeutique.

✎ Et vous ?

Reconnaissez-vous la peur de vos parents dans votre propre vie ?

- Oui — j'ai les mêmes peurs que ma mère/mon père
- Oui — mais sous une forme différente
- Je ne sais pas — on n'en parlait pas chez nous
- J'ai peur de transmettre ma propre peur à mes enfants

Y a-t-il des peurs dans votre famille dont personne ne parle ?



Le TSPT chronique — quand la peur se fige dans le cerveau

Quand un trauma n'est pas traité, les symptômes ne s'atténuent pas avec le temps — ils se **chroniquent**. Le stress post-traumatique aigu (moins de 3 mois) devient un TSPT chronique. Chez l'enfant, le taux de TSPT peut sembler plus bas que chez l'adulte, mais en l'absence de thérapie, les symptômes peuvent persister pendant **des décennies** (Wikipedia/PTSD, méta-analyses).

Le TSPT — Trouble de Stress Post-Traumatique — est un trouble qui survient après l'exposition à un événement traumatique. Il se caractérise par des reviviscences (flashbacks, cauchemars — présents chez 50 à 70 % des personnes atteintes), un évitement des stimuli associés au trauma, une hypervigilance permanente et des altérations de l'humeur et de la cognition. Quand il dure plus de trois mois, on parle de TSPT chronique.

Le TSPT chronique ne reste pas isolé : il s'accompagne fréquemment de dépression (50 % des cas), de troubles paniques, de phobies, de troubles addictifs et d'anxiété généralisée. Chez l'enfant dont les traumas sont répétés (maltraitance, négligence, violence domestique), le diagnostic évolue vers le **TSPT complexe** (ICD-11), qui ajoute trois dimensions : la dysrégulation émotionnelle, la perception négative de soi (honte, culpabilité, sentiment de ne rien valoir), et les difficultés relationnelles profondes. C'est comme si la peur, n'ayant pas trouvé de sortie, contaminait progressivement l'ensemble du système.

Des décennies plus tard, ces images sont collées dans ma tête et j'en fais des cauchemars. Je sais que c'était il y a longtemps, mais je n'arrive pas à les sortir de ma tête. Personne ne connaît ces détails, même pas ma femme depuis plus de 25 ans. J'ai peur de lui dire, de peur qu'elle ait peur de ce qui se passe dans ma tête. Je me dis que ça finira par me tuer.

— Témoignage d'un vétéran, TSPT chronique non traité (GoodTherapy)

La bonne nouvelle — et elle est fondamentale — c'est que même un TSPT chronique se traite. L'EMDR est validé par l'OMS pour le traitement du stress post-traumatique. Les approches intégratives comme la méthode MIGS, qui travaillent simultanément sur le corps, les émotions, le mental, le relationnel et le spirituel, montrent des résultats sur des traumas que des années de thérapie verbale seule n'avaient pas résolus.

Mais plus on attend, plus c'est long. C'est le message central de ce chapitre : la peur non traitée ne s'arrange pas toute seule. Elle s'aggrave. Et chaque année de délai ajoute une couche de compensation, de fausse bonne solution, de dégâts — sur le corps, sur l'esprit, sur les relations, sur les générations suivantes.



Vous venez de voir comment la peur, quand elle n'est pas traitée, s'aggrave à chaque étape de la vie : de l'enfant qui s'adapte à l'aîné qui se décompense, en passant par les fausses bonnes solutions de l'adulte et la boucle transgénérationnelle.

Au chapitre 3, nous verrons ce qui se passe quand la peur atteint son paroxysme : le trauma. L'expérience de mort imminente, la maladie grave, l'agression — et l'angoisse de mort qui s'installe après.



Sources

McEwen B.S. & Stellar E. (1993), Archives of Internal Medicine — allostasie et charge allostatique • McEwen B.S. (2007), Physiological Reviews — cerveau cible et médiateur du stress • Winnicott D.W. (1960), Ego Distortion in Terms of True and False Self — Faux Self • Young J.E. et al. (2003), Schema Therapy, Guilford Press — schémas précoces inadaptés • Blakemore S.J. & Choudhury S. (2006), Journal of Child Psychology and Psychiatry — maturation du cortex préfrontal • Casey B.J. et al. (2008), Annals of the New York Academy of Sciences — fenêtre de vulnérabilité adolescente • Solmi et al. (2022) — âge pic 14.5 ans troubles mentaux • CDC (2023) — suicide 2ème cause de décès 10-34 ans • — 20% lycéens envisagé suicide • Compass Health Center (2024) — 31.9% ados trouble anxieux • Khantzian E.J. (1985), American Journal of Psychiatry — hypothèse de l'automédication • Reiss S. et al. (1986), Behaviour Research and Therapy — sensibilité à l'anxiété • Bandura A. (1997), Self-Efficacy — auto-efficacité • BMC Public Health (2023) — théâtre et confiance • BMC Psychology — étude 37 000 enfants harcèlement scolaire • StopBullying.gov — bully-victims, conséquences à long terme • Ross M.P., Méthode MIGS — rayons de l'angoisse • OMS (2025), Santé mentale des adolescents • OMS (2025), Santé mentale et vieillissement • Inserm, Troubles anxieux (dossier) • Inserm/Imagen (2023), Molecular Psychiatry — prédiction des troubles anxieux • Kessler et al. (2005), Archives of General Psychiatry, 9 282 adultes — âge médian d'apparition • Yaffe K. et al. (2010) — TSPT et risque de démence • Ladson & Bienenfeld (2007), PMC — trauma tardif personne âgée • Yehuda R. et al. (2016), Biological Psychiatry, 80(5), 372-380 — FKBP5, 32 survivants + 22 enfants • Bierer L.M. et al. (2020), Am J Psychiatry — réplication FKBP5 exposition maternelle • Dias B.G. & Ressler K.J. (2014), Nature Neuroscience — transmission épigénétique de la peur • ICD-11 — TSPT complexe, 3 dimensions supplémentaires • Gilbert P. (2009), Advances in Psychiatric Treatment — 3 systèmes de régulation émotionnelle • SFGG (2023), Troubles de l'humeur chez les personnes âgées • Bowlby J. (1973), Attachment and Loss.

Muriel Pélas — Thérapeute en psychologie positive, certifiée MIGS — Nantes

muriel-pelas.fr

C H A P I T R E 3

Le paroxysme : le trauma

(quand la peur atteint le point de rupture)

« L'esprit est continuellement envahi par l'événement traumatique. Les souvenirs s'imposent constamment. »

- Inserm, Troubles du stress post-traumatique (2020)

Au chapitre 2, vous avez vu comment la peur non traitée s'aggrave au fil de la vie — de l'enfant qui s'adapte à l'adulte en alerte permanente. Ce chapitre aborde un seuil différent : le moment où la peur n'est plus un bruit de fond, mais une **déflagration**.

Ce chapitre parle du trauma. Pas du mot à la mode qu'on utilise pour tout et n'importe quoi. Du vrai trauma — celui qui laisse une trace dans le cerveau, dans le corps, dans l'identité. Celui qui fait que la personne n'est plus tout à fait la même après.



Qu'est-ce qu'un trauma ?

Le mot « trauma » vient du grec ancien *τραύμα*, qui signifie **blessure**. En psychologie, un trauma désigne une blessure psychique — un événement qui dépasse la capacité du cerveau à l'intégrer normalement.

Selon le DSM-5, un événement est considéré comme traumatique quand il implique **la mort réelle ou menacée, une blessure grave ou une violence sexuelle**. La personne peut y avoir été confrontée directement, en avoir été témoin, avoir appris que cela est arrivé à un proche, ou avoir été exposée de manière répétée à des détails pénibles.

Le DSM-5, ou Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (5ème édition), est la classification de référence utilisée par les psychiatres et les psychologues. Il est publié par l'Association américaine de psychiatrie.

Autrement dit, un trauma n'est pas un événement « stressant ». C'est un événement où votre vie — ou celle de quelqu'un — était en jeu. Et où votre cerveau a enregistré : « **Je peux mourir.** »

CE QUI SE PASSE DANS LE CERVEAU AU MOMENT DU TRAUMA

Quand le danger est trop intense, trop soudain ou trop prolongé, trois structures cérébrales se dérèglent simultanément :

L'amygdale s'active massivement. Elle déclenche une cascade hormonale (adrénaline, cortisol) qui met le corps en mode survie.

Le cortex préfrontal — la partie du cerveau qui raisonne — se déconnecte partiellement. C'est pour cela que pendant un trauma, on ne peut pas « réfléchir calmement ».

L'hippocampe — la structure qui date et contextualise les souvenirs — fonctionne mal sous stress extrême. Le souvenir traumatique n'est pas stocké comme un souvenir normal. Il est stocké **en morceaux** : des images, des sons, des sensations corporelles — sans repère temporel.

C'est exactement pour cela que le flashback existe : le cerveau n'a pas classé l'événement comme « passé ». Pour le système nerveux, **le danger est toujours présent**.

Structure	Rôle normal	Pendant le trauma
Amygdale	Détecte le danger, déclenche l'alarme	<i>S'hyperactive — cascade hormonale incontrôlée</i>
Cortex préfrontal	Raisonne, régule, met en perspective	<i>Se déconnecte — impossible de réfléchir</i>
Hippocampe	Date et contextualise les souvenirs	<i>Dysfonctionne — souvenir stocké en morceaux</i>

Les trois structures cérébrales impliquées dans le trauma — d'après LeDoux (1996), Shin et al. (2006)

LA RÉPONSE DU CORPS : LES 3 F — FAIRE FACE, FUIR, FIGÉ

Face à une menace vitale, le système nerveux autonome déclenche automatiquement l'une de trois réponses :

Faire face (*fight*) — le corps se prépare à affronter la menace. Adrénaline, tension musculaire, accélération cardiaque.

Fuir (*flight*) — le corps se prépare à échapper au danger. Même cascade hormonale, orientée vers la course.

Figé (*freeze*) — quand ni faire face ni fuir ne sont possibles, le système nerveux déclenche l'immobilité. C'est la **dissociation** — la personne se « déconnecte » de son corps pour survivre psychologiquement.

La dissociation est un mécanisme de protection du cerveau : quand la douleur ou la terreur est trop intense, la conscience se « débranche » du corps. Ce n'est pas un signe de faiblesse — c'est le dernier recours du système nerveux.

J'ai eu peur, je n'ai même pas pu crier. Les mots étaient comme coincés dans ma gorge. Je ne pouvais pas bouger non plus, j'étais tétanisée. Obligée d'être témoin de ce qu'il m'arrivait.

— Témoignage anonyme (Fil Santé Jeunes)

Réponse	Système nerveux	Le corps	Comportement
Faire face	Sympathique (alerte)	Adrénaline, tension, cœur accéléré	<i>Se défend, crie, frappe</i>
Fuir	Sympathique (alerte)	Même cascade, orientée course	<i>S'enfuit, cherche une sortie</i>
Figé	Parasympathique dorsal	Immobilité, anesthésie	<i>Se déconnecte, dissociation</i>



⇒ Et vous ?

Avez-vous déjà vécu un événement où votre vie ou celle d'un proche était en danger ?

- Oui — un accident grave
- Oui — une agression physique ou sexuelle
- Oui — une maladie grave ou une hospitalisation d'urgence
- Oui — un deuil violent ou soudain
- Oui — j'en ai été témoin
- Je ne suis pas sûr(e) — mais quelque chose m'a marqué(e) profondément

Racontez cette expérience :

Comment votre corps a-t-il réagi sur le moment ? Faire face, fuir ou figé ?



Les formes que le trauma peut prendre

Le trauma ne se mesure pas à la gravité objective de l'événement. Il se mesure à ce que le système nerveux de l'enfant a été capable de traiter **à ce moment-là, à cet âge-là**. L'âge et la capacité de l'enfant à faire face conditionnent la perception de la menace (La Revue du Praticien, 2025). En dessous de 3 ans, l'enfant ne perçoit pas la menace vitale : il est entièrement dépendant de la réaction de son entourage (Cairn, 2021).

Ainsi, une attaque par un petit chien peut être traumatique pour un enfant de 2 ans. Une procédure médicale invasive, une séparation brutale, le spectacle de violences conjugales, une humiliation répétée — ce sont des événements qui, pour un adulte, pourraient sembler « gérables », mais qui dépassent les capacités d'intégration d'un jeune enfant.

À 3 ans, j'ai été hospitalisée pour une opération bénigne. Pour les médecins, c'était une intervention de routine. Pour moi, c'était un monde inconnu, des inconnus en blouses blanches, ma mère qui disparaît. Quarante ans plus tard, je fais encore des crises d'angoisse en salle d'attente médicale. Mon corps n'a jamais oublié cet abandon.

— Témoignage adapté (Psychologue.net / traumatismes de l'enfance)

Voici les formes les plus fréquentes, de la plus visible à la plus silencieuse.

LA CONFRONTATION AVEC LA MORT

Un accident de voiture, une noyade, un arrêt cardiaque, une chute grave — toute situation où la personne a été confrontée directement à sa propre mort, même pendant quelques secondes. Le besoin fondamental atteint : la protection. Le monde n'est plus un lieu sûr. Après, chaque sensation physique inhabituelle peut déclencher la panique.

J'ai longtemps fait des cauchemars, eu des flashbacks. Aujourd'hui j'utilise encore la voiture car je n'ai pas le choix mais c'est une source de stress.

— Clara, 19 ans (Cn2r / France Victimes)

LA MALADIE GRAVE

Un diagnostic de cancer, un AVC, un séjour en réanimation. Le besoin fondamental atteint : **l'autonomie**. La personne perd le contrôle de son corps, de son quotidien, de ses projets. Le sentiment de perte de contrôle est total.

L'impact psychologique d'un diagnostic et d'un traitement contre le cancer peut durer longtemps. Des mois ou des années plus tard, vous pourriez encore traverser cette épreuve, car il y a beaucoup à digérer. La fatigue, le brouillard cérébral, la peur causée par chaque nouvelle douleur, l'anxiété avant chaque scanner — ça ne s'est pas terminé le jour où j'ai sonné la cloche.

— Témoignage de survivante du cancer (Roswell Park Comprehensive Cancer Center, adapté)

L'AGRESSION

Le viol, l'agression physique, l'attentat. Le besoin fondamental atteint : **l'attachement** et **la valeur**. La personne a été traitée comme un objet. Son intégrité a été niée.

Les recherches sur les attentats de 2015 en France (enquête IMPACTS, Santé publique France) ont montré que près de 4 personnes impliquées sur 10 présentaient encore un trouble de santé mentale six mois après.

J'ai été agressée à 19 ans. Pendant longtemps, je me sentais comme si c'était quelqu'un d'autre. J'étais consciente que cela m'était arrivé, mais je ne le ressentais pas.

— Témoignage anonyme (Cn2r / France Victimes)

LE DEUIL TRAUMATIQUE

La perte soudaine et violente d'un proche. Le besoin fondamental atteint : **l'attachement**. Le lien a été arraché brutalement, sans préparation. La CIM-11 a introduit le diagnostic de **trouble de deuil prolongé**.

Je ne comprenais pas ce que l'on me disait. Les infirmières me regardaient avec sympathie. Je ne voulais pas entendre, ne pas penser. Les mots semblaient suspendus en l'air, je tentais de leur donner un sens. Des mots comme « mort », « autopsie », « suicide » flottaient autour de moi. Je ne voulais pas les laisser rentrer en moi.

— Témoignage anonyme (assurance-obseques.fr)



⇒ Et vous ?

Parmi ces formes de trauma, laquelle vous parle le plus ?

- La confrontation avec la mort — j'ai frôlé la mort ou vu un proche la frôler
- La maladie grave — j'ai perdu le contrôle de mon corps
- L'agression — mon intégrité a été atteinte
- Le deuil traumatique — j'ai perdu brutalement quelqu'un
- Un événement « banal » vécu enfant — mais mon corps s'en souvient encore

Quel besoin fondamental a été le plus touché chez vous ? (protection, autonomie, attachement, valeur)

3. Les altérations de la cognition et de l'humeur — croyances négatives persistantes, état émotionnel négatif permanent, détachement.

4. L'hyperactivation — irritabilité, troubles du sommeil, réaction de sursaut exagérée, hypervigilance permanente.

LE TSPT COMPLEXE

Reconnu par la CIM-11 (2019), il survient après des **traumas répétés, prolongés ou chroniques**. Il comprend tous les symptômes du TSPT classique, plus trois altérations profondes :

1. Problèmes de régulation émotionnelle — submersion ou coupure complète. Colère explosive ou vide intérieur.

2. Perception négative de soi — honte, culpabilité, sentiment d'être cassé(e), de ne rien valoir.

3. Difficultés relationnelles — méfiance profonde, isolement, dépendance affective.

La différence fondamentale : le TSPT aigu casse la sécurité dans le monde. Le TSPT complexe **casse la sécurité à l'intérieur de soi**.

“ Pourquoi ai-je laissé faire ça avec moi, avec mon corps ? Comment est-ce possible ? J'aurais cru que si ça m'arrivait, je me serais débattu. Mais non, je n'ai rien fait. Et cette honte ne me quitte plus.

— Témoignage anonyme (Association Polyvalence)

	TSPT aigu	TSPT complexe
Événement	Unique	<i>Répété, prolongé, chronique</i>
Classification	DSM-5 (1980)	<i>CIM-11 (2019)</i>
Symptômes	4 catégories	<i>4 + régulation, perception de soi, relations</i>
Ce qui est atteint	La sécurité dans le monde	<i>La sécurité à l'intérieur de soi</i>

Et vous ?

Reconnaissez-vous certains de ces symptômes dans votre vie ?

- Des reviviscences — images, flashbacks, cauchemars
- De l'évitement — je contourne certains lieux, sujets, personnes
- Une hypervigilance — je sursaute facilement
- Des difficultés à réguler mes émotions
- Une image négative de moi — honte, culpabilité
- Des difficultés relationnelles — méfiance, isolement, dépendance

Ces symptômes sont-ils liés à un événement unique ou à des expériences répétées ?



L'angoisse de mort installée

Au-delà du TSPT, il existe un état que beaucoup de traumatisés connaissent : l'**angoisse de mort installée**. C'est la certitude, gravée dans le corps, que la mort est présente.

Dans le schéma de Ross (MIGS), l'angoisse de mort est le signal ultime d'un **besoin qui n'a jamais été entendu**.

Ce n'est pas seulement « j'ai peur de mourir ». C'est « je n'ai jamais été suffisamment en sécurité pour vivre ».

 Et vous ?

Vous reconnaissez-vous dans cette description ?

- J'ai une peur de la mort qui va au-delà de la « normale »
- Après un événement spécifique, la mort est devenue omniprésente
- Même sans événement précis, j'ai le sentiment que le néant est là
- Je reconnais cet état chez quelqu'un de proche

Qu'est-ce que cette peur de la mort vous empêche de vivre ?



Le corps qui garde la trace

Le psychiatre Bessel van der Kolk a consacré plus de trente ans à démontrer que le trauma n'est pas seulement un problème de pensée. C'est un problème du **corps**.

Le système nerveux autonome reste dérégulé. La personne est soit en hypervigilance permanente, soit en engourdissement émotionnel.

Les hormones du stress restent élevées. Le cortisol continue d'inonder l'organisme, provoquant inflammation, altération de l'immunité, douleurs chroniques.

Le corps exprime ce que la parole ne dit pas. Douleurs dans la mâchoire, nœud à l'estomac, oppression thoracique, tensions dans les épaules. Ce sont des **réponses physiologiques réelles**.

C'est précisément pour cette raison que **parler ne suffit pas toujours**. Si le trauma est stocké dans le corps, le traitement doit aussi passer par le corps. C'est l'une des raisons pour lesquelles les approches intégratives comme la méthode MIGS montrent des résultats là où des années de thérapie verbale seule n'ont pas suffi. Nous détaillerons cela au chapitre 5.

 **Et vous ?**

Votre corps porte-t-il la trace de ce que vous avez vécu ?

- Douleurs chroniques sans explication médicale claire
- Troubles digestifs
- Oppression thoracique, difficulté à respirer
- Tensions permanentes (mâchoire, épaules, nuque)
- Troubles du sommeil persistants
- Sensation de déconnexion de mon corps

Où dans votre corps sentez-vous la peur quand elle monte ?



Quel besoin le trauma a-t-il atteint ?

Rappelez-vous : chaque être humain a des besoins fondamentaux. Le trauma est l'événement qui **enfonce la porte de ce système**. Selon la porte qui cède, la blessure est différente.

Type de trauma	Besoin atteint	Peur associée
Confrontation avec la mort	Protection	<i>Peur du danger</i>
Maladie grave	Autonomie	<i>Peur de perdre le contrôle</i>
Agression par un proche	Attachement	<i>Peur de l'abandon</i>
Humiliation, violence psy.	Valeur	<i>Peur de l'imperfection</i>
Silence, négation	Expression	<i>Peur d'être soi</i>

Votre peur n'est pas un défaut. C'est le signal d'un besoin qui n'a jamais été entendu — et que le trauma a atteint une fois de plus.

C'est aussi pour cela que deux personnes vivant le même événement ne réagissent pas de la même manière : le trauma touche la faille qui était déjà là. Le trauma ne crée pas la fissure — **il l'ouvre**.



Au chapitre 4, nous mesurerons le **prix total** de la peur non traitée — tout ce qu'elle détruit dans son sillage.



Sources

DSM-5 (2013), American Psychiatric Association • CIM-11 (2019), Organisation mondiale de la Santé • Inserm (2020), Troubles du stress post-traumatique • Santé publique France, Étude IMPACTS (2015) • Van der Kolk (2014), The Body Keeps the Score • Porges (2011), The Polyvagal Theory • LeDoux (1996/2015), The Emotional Brain / Anxious • Shin et al. (2006) • Teicher et al. (2016), Nature Reviews Neuroscience • Fähr Vaucher et al. (2023), L'Information psychiatrique • Dr Ross M.P., Méthode MIGS.

C H A P I T R E 4

Le prix total

(tout ce que la peur non traitée détruit)

*« L'être humain ne supporte pas l'angoisse.
Le bien-être affectif est vital. »*

- Dr Marie-Paul Ross, MIGS

Ce chapitre pose une question simple : **combien coûte la peur non traitée ?**

Le Dr Marie-Paul Ross (MIGS) a décrit ce processus dans son schéma de la *Dynamique de l'expérience de l'angoisse* : quand les besoins fondamentaux ne sont pas satisfaits, l'angoisse s'installe — et elle se manifeste dans **toutes les dimensions de la vie**. La personne tente d'annuler la sensation de malaise affectif ou recherche des expériences sensorielles pour ne plus ressentir l'angoisse. Soulagement temporaire → retour de l'angoisse → répétition. C'est le **cycle de la répétition**.

Nous allons mesurer ce prix dans **six dimensions** documentées par la recherche : le corps, l'esprit, les défenses, les comportements, les relations et les identités.



1. Le corps qui paie

Rayons de Ross : maladies somatiques (maladies du corps liées au stress), tension-rigidité

Tension-rigidité — Le corps en alerte permanente se crispe. Tensions musculaires chroniques (nuque, épaules, mâchoire), céphalées de tension, lombalgies. Le Manuel MSD note que les troubles anxieux induisent un large éventail de symptômes physiques, dont les tensions musculaires chroniques. Le corps se prépare en permanence à un danger qui ne vient pas.

Je me réveillais chaque nuit les mâchoires serrées. Mon dentiste m'a dit que j'avais usé mes dents de 10 ans en 2 ans. Les tensions dans la nuque étaient si fortes que je croyais avoir un problème cervical. Tous les examens étaient normaux.

— Témoignage anonyme (Carenity, forum troubles anxieux)

Sommeil — Insomnies d'endormissement, réveils nocturnes, cauchemars, sommeil non réparateur. La fatigue augmente l'anxiété, qui aggrave l'insomnie — un cercle vicieux.

Système digestif — Le nœud à l'estomac n'est pas une métaphore. L'**axe intestin-cerveau** connecte le système nerveux au système digestif. Syndrome de l'intestin irritable, nausées, diarrhées, constipation (OMS).

Cœur et vaisseaux — Une méta-analyse (étude qui regroupe les résultats de plusieurs recherches) de **46 études** (Emdin et al., 2016, *American Journal of Cardiology*, 2 017 276 participants) montre que l'anxiété est associée à +41 % de mortalité cardiovasculaire, +71 % d'AVC, +35 % d'insuffisance cardiaque. Le cortisol (l'hormone du stress chronique) accélère le vieillissement cellulaire : les femmes sous stress chronique ont des télomères (les extrémités protectrices des chromosomes, comme les embouts d'un lacet) équivalents à ceux de personnes **10 ans plus âgées** (Epel et al., 2004, *PNAS*).

L'**étude ACE** (Felitti & Anda, 1998, 17 421 adultes) : avec 4 ACE ou plus, risque de suicide ×12, alcoolisme ×7, cancer ×2. Le Dr Violaine Guérin documente que les **mêmes types de violences** produisent les **mêmes types de maladies** : thyroïdite de Hashimoto, endométriose, fibromes. Le mot *auto-immun* signifie que le corps fabrique des anticorps contre lui-même — une **auto-agression**.

Mon corps a fini par céder : palpitations, insomnie, tensions musculaires. Un matin, dans le métro, mon cœur s'est emballé, ma respiration s'est coupée, et j'ai cru mourir.

— Témoignage anonyme (France Dépression)



⇒ Et vous ?

Votre corps porte-t-il le prix de votre peur ?

- Cardiovasculaire — palpitations, hypertension
- Troubles digestifs — intestin irritable, nausées
- Douleurs chroniques — tensions, céphalées
- Troubles du sommeil
- Maladie auto-immune — thyroïde, endométriose

Quel signal physique votre corps envoie-t-il en premier ?

2. L'esprit qui se dérègle

Rayons de Ross : dépression, émotions exagérées, crises subjectives, dissociation, suicide

Dépression — L'Inserm souligne que l'anxiété et la dépression sont chacune prédictrice de l'autre. Si les troubles anxieux ne sont pas traités, ils évoluent vers la dépression (Santé.fr).

Émotions exagérées — Colères explosives, crises de larmes, réactions disproportionnées. Le système émotionnel, saturé par l'angoisse chronique, perd sa capacité de régulation. La neuroscience montre que chez les personnes traumatisées, l'amygdale (hypertrophiée) réagit à des stimuli que le cortex préfrontal (atrophie) ne peut plus modérer (Teicher & Samson, 2016). Ce que l'entourage perçoit comme de l'« exagération » est un système nerveux structurellement débordé.

Je sentais que quelque chose ne tournait pas rond. Chaque détail prenait une ampleur démesurée, et je me sentais coupable de ne pas réussir à relativiser.

— Témoignage anonyme (France Dépression)

Crises subjectives — Attaques de panique, sentiment d'irréalité, impression de devenir fou/folle. Ces crises sont des manifestations neurovégétatives (réactions du système nerveux autonome), pas des signes de faiblesse.

Dissociation — Déconnexion entre le corps et l'esprit. La personne se sent « ailleurs », « à côté d'elle-même », spectatrice de sa propre vie. Muriel Salmona (Mémoire traumatique et victimologie) explique : quand l'agression est insoutenable, le cerveau « disjoncte » le circuit émotionnel. Plus de 70 % des victimes de violences sexuelles connaissent cet état de sidération.

Quand la dissociation atteint son extrême, le cerveau peut fragmenter l'identité elle-même. C'est le **Trouble Dissociatif de l'Identité** (TDI, anciennement « personnalités multiples », DSM-5 et CIM-11) : la personne développe plusieurs identités distinctes (« alters »), chacune avec son propre vécu, son âge, ses souvenirs. Ces alters cohabitent dans un **monde intérieur** (*innerworld*) — un paysage interne que le cerveau a construit pour organiser la survie.

J'ai l'impression d'être vide. Je suis là sans être là, spectatrice de ma propre vie. Parfois je perds des heures sans savoir ce que j'ai fait. C'est comme si quelqu'un d'autre avait pris le contrôle.

— Témoignage clinique adapté (psy-paris16.fr)



⇒ Et vous ?

Reconnaissez-vous certains de ces dérèglements ?

- Dépression — tristesse persistante, perte d'intérêt, épuisement
- Émotions exagérées — colères explosives, crises de larmes
- Crises subjectives — attaques de panique, sentiment d'irréalité
- Dissociation — impression d'être « à côté de soi », pertes de temps

Quel dérèglement affecte le plus votre quotidien aujourd'hui ?

J'ai commencé, petit à petit, à entendre des voix. Elles me disaient de me tuer, de sauter par la fenêtre. C'était une cacophonie dans ma tête. Je dormais énormément et je ne travaillais pas. La maladie était toujours plus forte.

— Olivier (Collectif Schizophrénies)

Cette fatigue extrême, ces douleurs, ces tremblements, ces palpitations, cette impression de mourir... C'est dur à comprendre pour ceux qui ne l'ont jamais senti.

— Témoignage anonyme (Carenity, forum troubles anxieux)



Ce que la peur fait au cerveau

La peur chronique ne produit pas seulement des symptômes — elle endommage physiquement le cerveau. Teicher & Samson (2016, *Nature Reviews Neuroscience*) ont montré que la maltraitance dans l'enfance provoque :

Réduction du volume de l'hippocampe — la structure qui stocke les souvenirs et distingue le passé du présent. Résultat : la personne revit le trauma comme s'il se passait maintenant.

Hypertrophie de l'amygdale — le système d'alarme devient hypersensible. Des stimuli ordinaires déclenchent des réactions de peur disproportionnées.

Amincissement du cortex préfrontal — la zone qui régule les émotions et permet de « prendre du recul » se développe moins. La personne sait rationnellement qu'il n'y a pas de danger, mais ne peut pas calmer la réaction de peur.



3. Les défenses qui coupent du réel

Rayons de Ross : désensibilisation, indifférence, spiritualisation problématique

Désensibilisation — Le système nerveux, saturé par l'angoisse, finit par « éteindre » la capacité à ressentir. La personne ne souffre plus — mais ne ressent plus rien non plus. Ni joie, ni tristesse, ni colère. C'est un mécanisme de protection qui devient une prison émotionnelle.

Indifférence — « On me reproche d'être froid(e) ». Ce n'est pas un choix — c'est un système nerveux qui a appris que ressentir est dangereux. L'indifférence est la version sociale de la désensibilisation.

Spiritualisation problématique — Certaines personnes utilisent la spiritualité pour ne pas sentir. « Tout arrive pour une raison », « il faut pardonner », « c'est mon karma ». Ces croyances peuvent bloquer le processus thérapeutique en empêchant la personne d'accéder à la colère ou à la tristesse nécessaires à la guérison.

Tu dois accepter car tu es musulmane. Si tu ne fais pas ça, Dieu va changer ton destin. Les femmes doivent être soumises à leur mari sinon cela retombe sur leurs enfants. Des petites décisions aux grandes, il me manipulait en mobilisant la religion.

— Témoignage anonyme (SOS Violence conjugale)

La Miviludes (Mission interministérielle de vigilance et de lutte contre les dérives sectaires) alerte régulièrement sur le lien entre vulnérabilité psychologique et emprise sectaire.



⇒ Et vous ?

Avez-vous développé ces défenses ?

- Désensibilisation — je ne ressens plus grand-chose
- Indifférence — on me reproche d'être froid(e)
- Spiritualisation — j'utilise la spiritualité pour ne pas sentir

Quelle émotion avez-vous cessé de ressentir ?

L'origine de ma douleur a été l'impression que ma famille mourait après le décès de mon père. À 12 ans, j'ai commencé à fumer. À 14, à prendre des drogues. Puis des comportements sexuels que je ne comprenais pas. Tout était une façon de ne plus sentir.

— Témoignage adapté (Psychologue.net)

Violence — La violence est la manifestation directe de l'angoisse qui n'a pas trouvé d'autre sortie. L'OMS note que les personnes exposées à des violences dans l'enfance ont un risque significativement plus élevé de devenir violentes à l'âge adulte. C'est le **cycle privation → violence**.

Dans ses formes les plus extrêmes, quand la désensibilisation, l'indifférence et la psychopathie convergent chez une même personne, la violence peut atteindre un degré de cruauté incompréhensible. Les études sur les tueurs en série révèlent un schéma quasi systématique : enfance marquée par des violences extrêmes, négligence profonde, abus sexuels. Robert Hare note que 60 % des personnes incarcérées présentent un trouble de la personnalité antisociale. Ce n'est pas une excuse — c'est un constat : quand *tous* les besoins fondamentaux ont été systématiquement détruits, certaines personnes perdent la capacité même de reconnaître l'autre comme un être humain.

Une fois qu'il m'avait isolée, les violences psychologiques se sont installées. Il est devenu de plus en plus jaloux et fouillait sans cesse mon téléphone. Un jour, le ton est monté et la gifle est arrivée.

— Témoignage anonyme (Rockie / madmoiZelle)

J'ai souffert de trouble panique, d'agoraphobie et d'un trouble anxieux généralisé. Les simples tâches quotidiennes devenaient des montagnes insurmontables, et la maison, autrefois refuge, semblait devenir une prison.

— Delphine (guerir-anxiete.com)

Et vous ?

Quels comportements de survie utilisez-vous ?

- Substances — alcool, médicaments, cannabis
- Conduites compulsives — jeu, achats, écrans, travail
- Sexualité problématique — hypersexualité ou évitement
- Violence — colères, agressivité
- Évitement — lieux, situations, personnes

Quel soulagement temporaire votre cerveau recherche-t-il le plus ?



5. Les relations qui souffrent

Rayons de Ross : ressentiment, jalousie, exclusion sociale, isolement

Ressentiment — Quand un besoin fondamental n'a jamais été entendu, le ressentiment s'installe — contre les parents, contre les proches, contre la vie. Le psychiatre Irvin Yalom note que le ressentiment chronique est l'une des manifestations les plus corrosives de l'angoisse non traitée : la personne reste fixée sur ce qu'elle n'a pas reçu, incapable de s'en détacher. Ce ressentiment nourrit l'amertume, la colère sourde, et empêche le travail de deuil nécessaire pour avancer.

On m'a dit : arrête de vivre dans le passé, avance, oublie ça, tu te victimises. J'ai envie de leur répondre que c'est ce que nous souhaitons du plus profond de notre cœur, mais chaque jour nous rappelle ce que nous avons traversé.

— Témoignage anonyme (SOS Violence conjugale)

Jalousie — La jalousie pathologique est le signal d'un besoin d'attachement profondément blessé. La théorie de l'attachement (Bowlby) montre que les personnes à attachement insécure-anxieux vivent dans la terreur permanente de perdre l'autre. Chaque absence est une menace, chaque liberté une trahison. Cette jalousie peut devenir du contrôle — et le contrôle peut devenir de la violence conjugale.

Exclusion sociale — Le retrait social progressif est documenté par l'Inserm. Mais l'exclusion peut aussi être subie : la personne anxieuse, dépressive ou aux comportements désajustés est progressivement mise à l'écart par son entourage professionnel, amical, familial. L'OMS souligne que les troubles mentaux sont l'une des premières causes de discrimination sociale dans le monde.

Je ne pouvais plus fonctionner. Plus capable de voir mes amis, plus capable d'aller à l'école, de travailler. Mon monde s'est rétréci jusqu'à ne plus tenir que dans ma chambre.

— Andréanne (suicide.ca)

Isolement — L'anxiété sociale pousse la personne à se couper des autres — non parce qu'elle ne veut pas de contact, mais parce que le contact est devenu une source de menace. L'OMS confirme que l'isolement aggrave les troubles anxieux.

Une fois qu'il m'avait isolée, les violences psychologiques se sont installées. Il est devenu de plus en plus jaloux et fouillait sans cesse mon téléphone : je n'avais pas le droit de parler à qui que ce soit. Un jour, le ton est monté et la gifle est arrivée. La première que je n'oublierai jamais.

— Témoignage anonyme (Rockie / madmoiZelle)

Mon esprit était comme une radio qui ne s'éteint jamais. Je craignais de perdre mon emploi, de décevoir mes proches. Je me sentais coupable de ne pas réussir à relativiser.

— Témoignage anonyme (France Dépression)

Et vous ?

Vos relations portent-elles le poids de votre peur ?

- Ressentiment — envers mes parents, mes proches, la vie
- Jalousie — besoin constant de réassurance
- Exclusion sociale — mon monde s'est rétréci
- Isolement — je me coupe des autres
- Proches épuisés par mon anxiété

Quelle relation souffre le plus de votre peur ?



6. Les identités forgées par la peur

Rayons de Ross : non valeur personnelle, psychopathies

Non valeur personnelle — Quand la blessure de valeur est profonde, la personne construit toute sa vie autour de la conviction qu'elle ne vaut rien. Cela produit des identités de survie observées dans la pratique MIGS : l'hyperperformant(e), l'invisible, le/la contrôlant(e), le/la sauveur/se, le/la cynique.

L'armure narcissique — Quand la peur de ne pas avoir de valeur est trop intense, certaines personnes construisent une façade de supériorité. C'est la **blessure narcissique** : l'armure cache la vulnérabilité.

Note : nous parlons ici de la blessure narcissique — le mécanisme de construction de l'armure. La perversion narcissique est un sujet différent traité dans notre ebook dédié aux relations toxiques (95 pages).

Psychopathies / Sociopathie (trouble de la personnalité antisociale — incapacité à ressentir de l'empathie et à respecter les droits d'autrui) — Le schéma de Ross inclut les psychopathies parmi les manifestations de l'angoisse. La recherche confirme le lien : selon Robert Hare, la **sociopathie** s'explique principalement par l'environnement social (maltraitance infantile, environnements familiaux dysfonctionnels). Le DSM-5 classe le trouble de la personnalité antisociale dans le groupe B des troubles de la personnalité, aux côtés des personnalités borderline, histrionique et narcissique. Le Manuel MSD confirme que les facteurs génétiques et environnementaux (abus pendant l'enfance) contribuent au développement du trouble.

Avant ce ressenti, j'avais eu des pensées critiques envers moi-même : « Tu es nulle, tu aurais dû... » Cette situation m'a amenée à ressentir de la honte ainsi que de la tristesse au-delà du tolérable.

— Cas clinique (Orspere-Samdarra, 2025)

Autrement dit : quand l'angoisse est si profonde, si ancienne, si non traitée que la personne a cessé de ressentir de l'empathie — c'est encore le signal d'un besoin qui n'a jamais été entendu. Ce n'est pas une excuse pour la violence. C'est une explication de sa racine.

Il est totalement dénué de sensibilité, de sentiments, d'émotions. Il est capable d'insulter une femme après lui avoir dit je t'aime. Capable de lui faire mal physiquement en la regardant dans les yeux froidement. Rien n'est ressenti, tout est feint.

— Témoignage d'une victime de sociopathe (soutien-psy-en-ligne.fr)

Ces identités ne sont pas des défauts. Ce sont des stratégies de survie. Et c'est précisément parce qu'elles ont été construites qu'elles peuvent être déconstruites — en thérapie.

Et vous ?

Reconnaissez-vous une de ces identités ?

- L'hyperperformant(e) — je dois toujours faire plus
- L'invisible — je ne prends pas de place
- Le/la contrôlant(e) — je dois tout maîtriser
- L'armure — force apparente, vulnérabilité cachée
- Non valeur — je ne vauds rien

Quelle était la fonction de cette identité quand elle s'est construite ?



Le prix total – synthèse

Dimension	Rayons de Ross	Source
Corps	Maladies somatiques, tension-rigidité	<i>Emdin 2016, Epel 2004, ACE, Guérin</i>
Esprit	Dépression, émotions exagérées, crises subjectives, dissociation, suicide	<i>Inserm, Santé.fr, MSD, DSM-5</i>
Défenses	Désensibilisation, indifférence, spiritualisation problématique	<i>Van der Kolk 2014, cadre MIGS</i>
Comportements	Alcoolisme-toxicomanie, conduites désajustées, conduites sexuelles inadéquates, paraphilies, violence	<i>OMS, DSM-5, MSD, ACE</i>
Relations	Ressentiment, jalousie, exclusion sociale, isolement	<i>Inserm, OMS</i>
Identités	Non valeur personnelle, psychopathies	<i>DSM-5, Hare, MSD, MIGS</i>

Pourquoi tel rayon et pas un autre ?

Une question revient souvent : pourquoi une personne développe-t-elle la violence plutôt que la dépression ? L'addiction plutôt que l'isolement ? La recherche apporte deux éléments de réponse.

CE QUE LA SCIENCE A MONTRÉ

L'étude ACE (Felitti & Anda, 1998) et les recherches qui ont suivi montrent un **effet dose** : plus le nombre d'expériences adverses est élevé, plus le risque de développer des

conséquences multiples augmente. Mais certaines recherches identifient aussi des **liens spécifiques** :

Abus sexuels dans l'enfance → risque accru de troubles addictifs (substances et comportements sexuels désajustés), de maladies auto-immunes (Guérin, 2011 ; Thomas JL, 2015), et de dissociation (Salmona).

Négligence émotionnelle → risque accru de dépression, d'anesthésie émotionnelle (désensibilisation), et de difficultés relationnelles — l'enfant qui n'a jamais appris à être consolé ne sait pas consoler (PMC, 2022).

Violences physiques → risque accru de comportements violents à l'âge adulte, de troubles du contrôle des impulsions, et de conduites antisociales (OMS ; Hare).

Dysfonctionnement familial (alcoolisme parental, maladie mentale, divorce) → la dépression est le médiateur principal : l'enfant développe d'abord une dépression, qui mène ensuite aux addictions (PMC, 2022).

Le CDC estime que prévenir les ACE pourrait réduire le nombre d'adultes dépressifs de **44 %**.

CE QUE LE MODÈLE MIGS AJOUTE

Le modèle de Ross (MIGS) propose une clé de lecture supplémentaire : c'est le **besoin fondamental atteint** qui oriente la manifestation. Ce n'est pas seulement la quantité de trauma qui compte — c'est la *nature* du besoin non satisfait.

Besoin atteint	Manifestations fréquentes
Attachement	Dépendance affective, jalousie, isolement, ressentiment
Protection	Hypervigilance, tension-rigidité, violence, contrôle
Amour / Valeur	Non valeur personnelle, dépression, armure narcissique
Autonomie	Conduites compulsives, addictions, crises subjectives
Expression	Désensibilisation, indifférence, dissociation

Correspondances besoin → manifestation — cadre clinique MIGS (observation thérapeutique, non validé par essai clinique)

C'est aussi pour cela que deux personnes ayant le même score ACE peuvent développer des manifestations très différentes : le trauma touche la faille qui était déjà là. Comme au chapitre 3 : *le trauma ne crée pas la fissure — il l'ouvre.*



La seule sortie : traiter les racines de l'angoisse — pas ses manifestations. C'est ce que nous verrons au chapitre 5.



Sources

Emdin et al. (2016), *Am J Cardiol*, 118(4), 511-519 • Epel et al. (2004), *PNAS* • Felitti & Anda (1998), *Am J Prev Med* • Guérin V. (2011) • Thomas J.-L. (2015) • Fastrez M. (CHU Saint-Pierre) • Van der Kolk (2014), *The Body Keeps the Score* • Hare R. (1993/2003), *Without Conscience* • DSM-5 (2013) • CIM-11 (2019) • Inserm (2020) • OMS • Santé.fr • Manuel MSD (2024) • Ross M.-P., MIGS • Teicher & Samson (2016), *Nature Reviews Neuroscience* • Salmona M., Mémoire traumatique et victimologie • Bowlby J. (1969), *Attachment and Loss* • *Frontiers in Psychiatry* (2023), ACE et schizophrénie • Miviludes • *NeuroImage: Clinical* (2023), TDI et IRM.

Muriel Pélas — Thérapeute en psychologie positive, certifiée MIGS — Nantes
muriel-pelas.fr

C H A P I T R E 5

Guérir

(ce qui marche, ce qui aide, ce qui ne suffit pas)

*« Ce que le passé n'a pas offert,
le présent peut le construire. »*

- Muriel Pélas

Vous avez identifié les cinq visages de la peur. Vous avez vu comment elle s'aggrave dans le temps. Vous avez découvert le trauma, et mesuré le prix total de la peur non traitée.

Ce chapitre répond à la seule question qui compte maintenant : **comment en sortir ?**

Et la première chose à savoir, c'est que oui — *on en sort*.



Oui, ça se traite. Non, ça ne part pas tout seul.

Le cerveau n'est pas figé. Il change tout au long de la vie — c'est ce que les neuroscientifiques appellent la **neuroplasticité** (la capacité du cerveau à créer de nouvelles connexions, à en affaiblir d'autres, et à se réorganiser en réponse à l'expérience).

Ce qui veut dire concrètement : les circuits de la peur qui se sont renforcés au fil des années peuvent être **désappris**. L'amygdale qui s'est hyperactivée peut retrouver un niveau normal. Le cortex préfrontal qui s'est déconnecté peut être réactivé.

Une étude publiée dans *Translational Psychiatry* (2016) a montré que la psychothérapie produit des **changements structurels mesurables** dans le cerveau : réduction du volume de l'amygdale et de son hyperréactivité chez les patients souffrant d'anxiété sociale. Le cerveau se **reconfigure** littéralement.

Neuropsychopharmacology (2008) confirme que le stress chronique détruit la plasticité neuronale, mais que les traitements psychothérapeutiques produisent l'effet inverse : ils **réparent les circuits endommagés**.

Autrement dit : ce que la peur a construit dans votre cerveau, la thérapie peut le déconstruire. Mais ça ne se fait pas tout seul. La neuroplasticité a besoin d'être **activée** — par les bonnes interventions, au bon moment.



L'échelle des réponses thérapeutiques

Tout le monde n'a pas besoin du même niveau d'aide. Voici quatre niveaux de réponse, du plus léger au plus intensif :

Niveau	Situation	Réponse
1. Je gère encore	Anxiété présente mais gérable	<i>Respiration, méditation, outils MIGS en autonomie</i>
2. Ça s'installe	L'anxiété envahit le quotidien	<i>Psychothérapie (MIGS, EMDR, ACT, IFS)</i>
3. Ça déborde	Dépression, crises, incapacité	<i>Psychothérapie + psychiatre + médicaments</i>
4. Je suis en danger	Risque suicidaire, décompensation	<i>Hospitalisation + traitement intensif</i>

Note : cette échelle illustre le principe général de la gradation des soins (stepped care), validé par la HAS et le NICE. L'outil de classement ci-dessus est un repère pédagogique, pas un instrument diagnostique validé.

Et vous ?

Où vous situez-vous sur cette échelle aujourd'hui ?

- Niveau 1 — je gère, mais c'est de plus en plus dur
- Niveau 2 — ça commence à envahir mon quotidien
- Niveau 3 — je suis épuisé(e), j'ai besoin d'aide
- Niveau 4 — je suis en danger

Qu'est-ce qui vous empêche de demander de l'aide aujourd'hui ?



Stopper — Traiter — Guérir

Imaginez une maison en feu.

Stopper l'hémorragie, c'est appeler les pompiers. Éteindre les flammes. Empêcher l'effondrement immédiat. En thérapie, cela correspond aux techniques de régulation immédiate : respiration, ancrage, médicaments d'urgence.

Traiter, c'est poser des étais. Stabiliser la structure. Empêcher que ça s'effondre à nouveau. Ce sont les médicaments de fond (antidépresseurs, anxiolytiques) et les premières séances de psychothérapie.

Guérir, c'est reconstruire la maison. Reprendre les fondations. Réparer ce qui a été endommagé. C'est le travail thérapeutique de fond — celui qui va chercher les **racines de l'anxiété**, pas seulement ses symptômes.

Prendre un antidépresseur sans thérapie, c'est mettre un plâtre sans remettre l'os en place.

— Analogie clinique

Les médicaments sont des béquilles, pas des jambes. Ils sont parfois indispensables — et il n'y a aucune honte à en avoir besoin. Mais ils ne guérissent pas la cause. Le site Santé.fr rappelle que le traitement de fond des troubles anxieux repose essentiellement sur les psychothérapies. Les médicaments stabilisent. La thérapie reconstruit.



Les médicaments : ce qu'ils font et ce qu'ils ne font pas

LES ANXIOLYTIQUES (BENZODIAZÉPINES)

Ce sont les médicaments les plus prescrits contre l'anxiété en France — 9 millions de Français en ont pris en 2024 (ANSM). Ils agissent vite, en quelques minutes, en amplifiant l'action du GABA (un neurotransmetteur qui calme l'activité des neurones).

Ce qu'ils font : réduction rapide des symptômes — palpitations, oppression, panique. En situation de crise, ils peuvent être indispensables.

Ce qu'ils ne font pas : ils ne modifient ni les circuits de la peur, ni les empreintes émotionnelles, ni les croyances. Dès qu'on arrête, les symptômes reviennent si la cause n'a pas été traitée.

Les risques documentés (HAS, ANSM, Inserm) : risque de **dépendance** physique et psychique, troubles de la mémoire, somnolence, chutes chez les personnes âgées. La durée maximale recommandée est de **12 semaines**. Or 40 % des prescriptions en France dépassent cette durée (ANSM).

LES ANTIDÉPRESSEURS (ISRS)

Recommandés en première intention par la HAS pour les troubles anxieux, ils augmentent la sérotonine disponible entre les neurones. Ils mettent 2 à 4 semaines à agir.

Ce qu'ils font : ils atténuent l'intensité des signaux émotionnels — peur, tristesse, panique.

Ce qu'ils ne font pas : ils n'agissent pas que sur les émotions négatives. L'Université de Cambridge (2023, *Neuropsychopharmacology*) a montré que les ISRS altèrent l'**apprentissage par renforcement** : les patients peuvent traiter les conséquences intellectuellement, mais ne **ressentent pas leur impact émotionnel**. Ce phénomène, appelé **émoussement émotionnel**, touche **40 à 60 %** des patients sous ISRS.

LE PARADOXE THÉRAPEUTIQUE

C'est ici que la question devient cruciale : **si le patient ne ressent plus, comment peut-il travailler sur ce qu'il ressent ?**

Les approches corporelles (respiration, EMDR, tapping, body scan) travaillent avec les **sensations et les émotions**. Si celles-ci sont amorties chimiquement, le matériel thérapeutique est partiellement inaccessible. Le patient reste **en surface** — il comprend son histoire, mais ne la ressent plus dans son corps. Les racines de l'anxiété restent intactes.

C'est pour cela que la **coordination** entre le prescripteur et le thérapeute est essentielle.



Trois profils qui ne guérissent pas

1. Celui qui comprend tout mais ne change rien — il peut expliquer son histoire, ses mécanismes, ses blessures. Mais le corps est toujours en alerte. L'intellectualisation est devenue une défense de plus.

2. Celui qui fait 20 ans de thérapie verbale sans résultat — il a parlé, beaucoup. Mais le corps n'a jamais été impliqué. Les empreintes sensorielles du trauma sont intactes.

3. Celui qui « va mieux » chimiquement mais n'a rien résolu — les médicaments ont atténué les symptômes. Mais dès qu'il arrête, tout revient — parce que les racines de l'angoisse sont toujours là.

Si vous vous reconnaissez dans l'un de ces profils, ce n'est pas que la thérapie ne marche pas. C'est que la bonne approche n'a pas encore été trouvée.



La méthode MIGS — agir sur toutes les dimensions

La méthode MIGS (Modèle d'Intervention Globale en Santé), créée par le Dr Marie-Paul Ross, est une approche intégrative qui répond précisément à cette exigence : ne pas travailler **que** le mental, mais agir simultanément sur **5 dimensions** — le mental, le physique, l'émotionnel, le relationnel et le spirituel.

Son objectif : l'**autonomie affective** — que la personne génère sa propre sécurité intérieure, sans dépendre de l'extérieur pour se sentir en paix.

La méthode s'appuie sur **11 outils** que le patient apprend en séance et emporte chez lui dans une **Trousse thérapeutique**. Il ne dépend pas du thérapeute : il a ses outils.

Outil MIGS	Ce qu'il fait	Approche
Respiration positive	Active le nerf vague, bascule vers le calme	<i>Bottom-up — corporel</i>
EMDR	Retraite les souvenirs traumatiques	<i>Bottom-up — validé OMS</i>
Tapping / SBA	Stimulation bilatérale en autonomie	<i>Bottom-up — corporel</i>
Body scan	Identifie où la peur se loge dans le corps	<i>Bottom-up — corporel</i>
Marche consciente	Synchronise les hémisphères, ancrage	<i>Bottom-up — mouvement</i>
Hypnose émotionnelle	Accède aux mémoires implicites	<i>Bottom-up — émotionnel</i>
Lieu sûr	Crée un espace mental de sécurité	<i>Top-down — visualisation</i>
Boxe thérapeutique	Décharge la colère bloquée	<i>Bottom-up — corporel</i>
Dessin thérapeutique	Expression non verbale des émotions	<i>Bottom-up — créatif</i>
Psychoéducation	Comprendre ce qui se passe en soi	<i>Top-down — cognitif</i>
Recadrage cognitif	Restructure les croyances limitantes	<i>Top-down — cognitif</i>

Ce qui distingue le MIGS des approches classiques : **8 outils sur 11 passent par le corps**. Le mental n'est pas ignoré — il est complété par le corporel, l'émotionnel et le sensoriel. C'est exactement ce que la recherche en psychotraumatologie recommande.

QUEL BESOIN, QUEL OUTIL ?

Besoin non satisfait	Ce que vous ressentez	Outils MIGS adaptés
Attachement	Peur d'abandon, dépendance	<i>Lieu sûr, hypnose émotionnelle, psychoéducation</i>
Protection	Hypervigilance, tensions	<i>Respiration positive, body scan, boxe thérapeutique</i>
Amour / Valeur	Non valeur, honte, armure	<i>Recadrage cognitif, dessin thérapeutique, EMDR</i>
Autonomie	Contrôle, addictions	<i>Marche consciente, tapping, psychoéducation</i>
Expression	Désensibilisation, dissociation	<i>Body scan, dessin, hypnose émotionnelle</i>

Correspondances besoin → outil — cadre clinique MIGS (observation thérapeutique)

 Et vous ?

Qu'est-ce qui vous paraît le plus urgent pour vous ?

- Apprendre à calmer mon corps — respiration, ancrage
- Traiter des souvenirs qui me hantent — EMDR, tapping
- Comprendre ce qui m'arrive — psychoéducation
- Changer mes croyances sur moi-même — recadrage
- Tout à la fois — j'ai besoin d'une approche globale

Qu'est-ce qui vous empêche de commencer ?



Ce que le passé n'a pas offert, le présent peut le construire

Si vous êtes arrivé(e) jusqu'ici, c'est que quelque chose en vous cherche une sortie. Et cette sortie existe.

Votre peur n'est pas un défaut. C'est le signal d'un besoin qui n'a jamais été entendu. Et ce besoin peut être entendu aujourd'hui — en thérapie, avec les bons outils, au bon rythme.

Le cerveau qui a appris la peur peut apprendre la sécurité. Le corps qui a gardé la trace du trauma peut libérer cette trace. L'enfant intérieur qui n'a jamais été rassuré peut enfin l'être — par l'adulte que vous êtes devenu(e).

Oui, ça se traite. Oui, on en guérit.

— Muriel Pélas

Si cet ebook a résonné en vous, et que vous souhaitez explorer ces outils avec un accompagnement professionnel, je vous accueille en séance — en présentiel à Nantes ou en viséo.

Prendre rendez-vous : muriel-pelas.fr



Sources

Translational Psychiatry (2016) — neuroplasticité cérébrale après psychothérapie pour anxiété sociale • *Neuropsychopharmacology* (2008) — stress, dépression et neuroplasticité • Van der Kolk B. (2014), *The Body Keeps the Score* • Ogden P. et al. (2006), *Trauma and the Body* • Porges S. (2011), *The Polyvagal Theory* • ANSM (2025), bon usage des benzodiazépines • HAS, benzodiazépines et anxiété • Inserm, effets indésirables benzodiazépines • Université de Cambridge (2023), *Neuropsychopharmacology* — émoussement émotionnel • CNAM/Ameli (2022) • Santé.fr • Shapiro F. (2018) — EMDR, validé OMS • Ross M.-P. — Méthode MIGS.

Muriel Pélas — Thérapeute en psychologie positive, certifiée MIGS — Nantes
muriel-pelas.fr

Mon bilan personnel

Synthèse de vos réponses — à emporter en consultation

Cet outil n'est pas un instrument diagnostique validé. C'est un support de réflexion structurée, inspiré des principes d'auto-évaluation utilisés en psychologie clinique (PHQ-9, GAD-7, questionnaire ACE). Il est conçu pour vous aider à cartographier votre situation et à préparer un échange avec un professionnel.



1. Mes besoins fondamentaux (Chapitre 1)

Parmi les 5 besoins fondamentaux, lesquels n'ont pas été satisfaits dans votre enfance ?

- Attachement — être accueilli, rassuré, ne pas être abandonné
- Protection — être protégé des dangers physiques et émotionnels
- Amour / Valeur — être aimé pour ce que l'on est, avoir de la valeur
- Autonomie — pouvoir explorer, échouer, grandir à son rythme
- Expression — pouvoir dire ce que l'on ressent sans punition

Quel besoin n'a pas été répondu ?



2. Mon parcours dans le temps (Chapitre 2)

À quel moment la peur a-t-elle commencé à envahir votre vie ?

- Enfance — avant 10 ans
- Adolescence — 10-18 ans
- Âge adulte — après un événement déclencheur
- Progressivement — sans moment précis

Y a-t-il eu transmission familiale ? (un parent anxieux, un grand-parent traumatisé)

Quelle « fausse bonne solution » utilisez-vous pour gérer votre peur ?

- La dépendance affective — je ne supporte pas d'être seul(e)
- L'alcool, les médicaments ou une autre substance
- Le contrôle — je dois tout organiser, tout prévoir
- L'évitement — j'évite de plus en plus de situations
- Le travail — je ne m'arrête jamais
- Les écrans — pour ne plus penser



3. Mon rapport au trauma (Chapitre 3)

Avez-vous vécu un ou plusieurs événements traumatiques ?

- Confrontation avec la mort (accident, agression, catastrophe)
- Maladie grave (la vôtre ou celle d'un proche)
- Violences physiques ou sexuelles
- Deuil traumatique
- Négligence émotionnelle chronique dans l'enfance
- Harcèlement (scolaire, professionnel, conjugal)
- Un événement « banal » vécu enfant — mais mon corps s'en souvient encore

Quelle réaction dominante reconnaissez-vous ?

- Faire face — je me bats, je contrôle
- Fuir — j'évite, je m'isole
- Figé — je me paralyse, je me déconnecte

Quel événement a le plus marqué votre vie ?

.....
.....
.....
.....

À quel âge étiez-vous ? Qu'avez-vous ressenti dans votre corps ?

.....
.....
.....
.....



4. Le prix que je paie aujourd'hui (Chapitre 4)

Cochez les manifestations que vous reconnaissez :

Corps

- Tensions chroniques, douleurs, insomnie
- Troubles digestifs, cardiovasculaires
- Maladie auto-immune

Esprit

- Dépression, épuisement
- Émotions exagérées, crises de panique
- Dissociation, sentiment d'irréalité
- Pensées noires ou suicidaires

Défenses

- Anesthésie émotionnelle — je ne ressens plus rien
- Indifférence apparente

Comportements

- Substances (alcool, médicaments, cannabis)
- Conduites compulsives (jeu, achats, écrans, travail)

Violence, colères

Relations

Jalousie, contrôle, ressentiment

Isolement, exclusion sociale

Identité

Non valeur — je ne vauds rien

Armure — force apparente, vulnérabilité cachée

Hyperperformance, invisibilité, contrôle

Nombre de cases cochées : ____ / 18

Quel signal physique votre corps envoie-t-il en premier ?

Quel dérèglement affecte le plus votre quotidien aujourd'hui ?

Quelle émotion avez-vous cessé de ressentir ?



5. Ma situation aujourd'hui (Chapitre 5)

Où je me situe sur l'échelle :

- Niveau 1 — je gère encore
- Niveau 2 — ça envahit mon quotidien
- Niveau 3 — j'ai besoin d'aide
- Niveau 4 — je suis en danger

Ce qui me paraît le plus urgent :

Ce qui m'empêche de demander de l'aide :



Ce bilan est votre point de départ.

Pas un diagnostic — un premier pas vers la clarté.

Si vous souhaitez explorer ces réponses avec un accompagnement professionnel :

muriel-pelas.fr

Muriel Pélas — Thérapeute en psychologie positive, certifiée MIGS — Nantes