

Université de Montréal

Trauma, pleine conscience et travail social

Du réductionnisme à la complexité de l'existence humaine

par Gabriel Thuot-Lepage

École de travail social
Faculté des arts et des sciences

Mémoire présentée
en vue de l'obtention du grade de maitre
en travail social

juin, 2019

© Gabriel Lepage, 2019

Résumé

L'émergence de preuves neuroscientifiques selon lesquelles nos expériences façonnent notre cerveau aurait conduit vers l'hypothèse que la pleine conscience peut être essentiellement considérée comme un « entraînement de l'esprit » qui permet le développement de nouveaux traits de comportement cérébraux. Cette vision « neuro-centrée » issue des neurosciences cognitives semble structurellement caractérisée par les paradigmes réductionniste, positiviste et individualiste. Or, eu égard à une vision qui tient compte de la complexité de l'expérience humaine, il est possible de croire que la pratique de PC, en tant que manière d'être au monde, est efficace au niveau de certains troubles de santé mentale puisqu'elle s'avère antithétique aux principaux symptômes liés à l'expérience traumatique, elle-même étant à la source de plusieurs troubles mentaux. Afin de vérifier cette hypothèse, la stratégie de collecte de données retenue pour ce mémoire repose essentiellement sur une analyse de théorisation ancrée ayant pour corpus la documentation scientifique portant sur la PC, le trauma et leurs interactions. Nos résultats ont montré l'importance de dépasser l'aspect principalement individuel dans la description et la définition de la PC et du trauma comme manière d'être au monde ainsi que de considérer les aspects interpersonnels et sociaux inhérents à celles-ci.

Mots-clés : pleine conscience, trauma, travail social, individualisme, réductionnisme, évitement expérientiel, dissociation, régulation des émotions, relation thérapeutique.

Abstract

The emergence of neuroscientific evidence that our experiments are shaping our brains would have led to the hypothesis in which mindfulness can be essentially considered as a "brain training" allowing the development of new brain behavior patterns. This "neurocentric" vision from cognitive neuroscience seems structurally characterized by the reductionist, positivist and individualist paradigms. However, given a vision taking into account the complexity of the human experience, it is possible to believe that mindfulness practice, as a way of being in the world, is effective in certain mental health disorders, since it is antithetical to the main symptoms related to the traumatic experience, itself being at the source of several mental disorders. In order to verify this hypothesis, the data collection strategy adopted for this research paper is essentially based on a grounded theory based having for object the scientific literature on mindfulness, trauma and their interactions. Our results have shown the importance of going beyond the predominantly individualistic aspect of the description and definition of mindfulness and trauma as a way of being in the world and of considering the interpersonal and social aspects of it.

Keywords: mindfulness, trauma, social work, individualism, reductionism, experiential avoidance, dissociation, emotion regulation, therapeutic relationship.

Table des matières

| | |
|--|-----------|
| Résumé | i |
| Abstract..... | ii |
| Table des matières | iii |
| Liste des figures..... | i |
| Liste des sigles | ii |
| Remerciements | iv |
| Avant-propos | v |
| Introduction | 1 |
| Chapitre 1. Problématique..... | 4 |
| 1.1 L'émergence de la pleine conscience en Occident | 5 |
| 1.1.1 Définition de la pleine conscience..... | 6 |
| 1.1.2 Les traitements thérapeutiques basés sur la pleine conscience | 6 |
| 1.1.3 La pleine conscience comme manière d'être ou comme outil individuel | 7 |
| 1.2 Trauma : une blessure existentielle..... | 8 |
| 1.2.1 Trauma et santé mentale | 8 |
| 1.2.2 Blessure relationnelle et évitement expérientiel | 9 |
| 1.3 Du réductionnisme à la complexité de l'existence humaine | 10 |
| 1.3.1 Les neurosciences cognitives..... | 11 |
| 1.3.2 La thèse forte des neurosciences | 12 |
| 1.3.3 Réductionnisme..... | 12 |
| 1.3.4 Subjectivité langagière | 13 |
| 1.3.5 Individualisme | 15 |
| 1.3.6 Autodétermination et idéal du potentiel caché | 17 |
| 1.3.7 Positivisme | 17 |
| 1.3.8 La pleine conscience au-delà du réductionnisme, de l'individualisme et du positivisme | 19 |
| 1.4 Travail social : vers une ouverture à soi, aux autres et au monde | 21 |

| | |
|--|-----------|
| 1.4.1 Aspects subjectifs, relationnels et contextuels de l'existence humaine | 21 |
| 1.4.2 Une ouverture sur la complexité de l'existence humaine | 22 |
| 1.5 Objectif général et question principale | 24 |
| Chapitre 2. Cadre théorique..... | 25 |
| 2.1 Complexité et transdisciplinarité et analyse du discours scientifique | 25 |
| 2.2 Cadre théorique d'Ehrenberg..... | 26 |
| 2.3 La santé mentale selon les approches constructivistes..... | 27 |
| 2.4 Souffrances individuelles et contexte social | 28 |
| 2.5 L'approche systémique | 29 |
| Chapitre 3. Démarche de recherche..... | 30 |
| 3.1 Processus de recherche et analyse par théorisation ancrée..... | 30 |
| 3.2 Concepts sensibilisateurs..... | 32 |
| 3.2.1 Le regard sur l'expérience humaine | 33 |
| 3.2.2 Le regard sur la pleine conscience..... | 33 |
| 3.2.3 Le regard sur le trauma | 33 |
| 3.2.4 Le regard sur la pleine conscience comme traitement | 34 |
| 3.2.5 Le regard sur la relation thérapeutique | 34 |
| 3.2.6 Le regard sur la science | 35 |
| 3.3 Collecte de données : recension des écrits, échantillons et corpus d'auteur | 35 |
| 3.3.1 Corpus d'auteur (Information empirique) et pleine conscience | 36 |
| 3.3.2 Corpus (Information empirique) et trauma..... | 38 |
| 3.3.3 Corpus (Information empirique) intersection entre trauma et pleine conscience | 40 |
| 3.4 Analyse et déconstruction du discours scientifique : information théorique | 41 |
| 3.5 Démarche et objet..... | 41 |
| Chapitre 4. Résultats | 44 |
| 4.1 Pleine conscience et recherche scientifique | 44 |
| 4.1.1 Définition de la pleine conscience..... | 44 |
| 4.1.2 Pleine conscience et psychothérapie | 46 |
| 4.1.3 Processus psychologique et pleine conscience | 49 |
| 4.1.4 Pleine conscience et neurosciences : le paradigme dominant..... | 52 |

| | |
|---|------------|
| 4.1.5 Au-delà de la tendance réductionniste et de l'individualiste | 57 |
| 4.2 Comprendre le trauma..... | 66 |
| 4.2.1 Vers une nouvelle définition du concept de trauma | 66 |
| 4.2.2 Effet des Traumas complexes..... | 71 |
| 4.2.3 Le traumatisme en tant que blessures relationnelles | 85 |
| 4.3 Trauma et Pleine Conscience | 91 |
| 4.3.1 Trauma complexe et trouble de stress post-traumatique..... | 91 |
| 4.3.2 Évitement expérientiel, dissociation et régulation des émotions | 92 |
| 4.3.3 Relation thérapeutique | 99 |
| Chapitre 5. Discussion : rentrer chez soi..... | 103 |
| 5.1 Approches thérapeutiques et évitement expérientiel | 104 |
| 5.1.1 Les processus psychologiques comme cadre théorique pour comprendre l'évitement expérientiel et la régulation émotionnelle..... | 104 |
| 5.1.2 Le paradoxe de la douleur | 106 |
| 5.1.3 Au-delà du « neuro-centrisme »..... | 107 |
| 5.2 Intégration comme manière d'exister | 108 |
| 5.2.1 Intégration et trauma | 109 |
| 5.2.2 Intégration relationnelle | 110 |
| 5.3 Relation thérapeutique, pleine conscience et trauma | 111 |
| 5.3.1 Attitudes et compétences du thérapeute | 112 |
| 5.3.2 Au-delà de la psychoéducation | 114 |
| 5.3.3 Vers une psychothérapie pleinement et essentiellement relationnelle | 116 |
| 5.3.4 Intersubjectivité et interconnexion | 118 |
| 5.4 Limites..... | 122 |
| 5.4.1 Études empiriques..... | 122 |
| 5.4.2 Pleine conscience, justice sociale et aspects sociopolitiques..... | 123 |
| 5.5 Retombée : pertinence du projet pour l'amélioration de la pratique..... | 124 |
| Conclusion..... | 126 |
| Bibliographie | i |

Liste des figures

| | | |
|-----------|--|-----|
| FIGURE 1. | NOMBRE DE PUBLICATIONS PLEINE CONSCIENCE | 37 |
| FIGURE 2. | MODÈLE DE LA DÉTERMINATION DES TROUBLES MENTAUX DE KINDERMAN ET TAI (2007) | 105 |
| FIGURE 3. | MODÈLE DU MAINTIEN DE LA DÉTRESSE ÉMOTIONNELLE DE BARLOW (2013) | 106 |

Liste des sigles

PC : pleine conscience

EE : Évitement expérientiel

MBSR : Programme de réduction du stress basé sur la pleine conscience

MBCT : Thérapie cognitive basée sur la pleine conscience

ACE : Expériences d'adversités vécues dans l'enfance

ACE's : Étude portant sur les Expériences d'adversités vécues dans l'enfance

J'ai fait de plus loin que moi un voyage abracadabrant
il y a longtemps que je ne m'étais pas revu
me voici en moi comme un homme dans une maison
qui s'est faite en son absence
je te salue, silence
je ne suis pas revenu pour revenir
je suis arrivé à ce qui commence
(Miron, 1994)

Remerciements

Je souhaite adresser mes remerciements à la Faculté des études supérieures et postdoctorales pour la Bourse de fin d'études de maîtrise qui a grandement facilité la réalisation de cet essai.

Je tiens aussi à remercier toutes les personnes en situation de grande vulnérabilité qui m'ont fait confiance et qui m'ont montré que tout être humain peut se réaliser pleinement à partir de son propre potentiel.

Merci aux nombreux praticiens, auteurs et chercheurs qui s'appliquent à rendre accessible la pleine conscience dans le domaine de la santé comme ailleurs.

Finalement, merci à Marie-Claude Perrault, la douceur de ma vie, de m'avoir offert un soutien inestimable tout au long de ce processus.

Avant-propos

Au cours des dernières années, nous avons eu la chance de nous intéresser à la pleine conscience (PC) d'un point de vue scientifique et professionnel et avons pu constater que celle-ci s'avère être une stratégie d'intervention dont l'efficacité est désormais établie (Grégoire, Lachance et Richer, 2016 ; Heeren, 2011). De plus, nos études en travail social nous ont sensibilisés aux approches systémique et structurelle et par le fait même aux dangers inhérents à la tendance psychologisante qui alimente le principe de responsabilité individuelle, notamment dans l'univers de la santé mentale. Il nous est donc apparu important de questionner la PC sous l'angle de nos apprentissages en travail social afin de considérer les risques de cette tendance psychologisante. Afin de bien saisir la complexité de la pratique de PC en santé mentale, nous avons donc entrepris d'élargir notre vision au-delà des explications qui relèvent strictement de la psychologie individuelle. Il nous est rapidement apparu que la compréhension scientifique de la PC était en grande partie issue du paradigme des neurosciences cognitives. Il nous a aussi rapidement semblé que ce paradigme « quasi hégémonique » trouvait les racines de sa domination dans un contexte social caractérisé par des valeurs individualistes et un positivisme à tendance réductionniste (Ehrenberg, 2018).

Introduction

Depuis quelques années, on constate un engouement important et grandissant, dans le domaine de la santé pour certaines approches en lien avec la pratique de PC. Généralement définie comme un processus par lequel le sujet est amené à porter son attention sur différents éléments de sa propre expérience vécue en l'acceptant dans sa totalité et sans y porter de jugement (Kabat-Zinn, 2003, p.145 ; Gu et al., 2015, p.2), la pratique de PC semble s'avérer efficace tant au niveau de la santé mentale (trauma, troubles dépressifs, troubles anxieux, détresse psychologique, etc.) que de la santé physique (douleurs chroniques, fibromyalgie, cancer, psoriasis, etc.) (Heeren, 2011, p.22)¹. Or, malgré la richesse et la complexité de la pratique de PC, il est impossible de nier qu'elle est souvent réduite, notamment dans le monde de la santé, à un outil individuel, souvent décrit comme un entraînement de l'esprit, visant à améliorer différents aspects de la santé mentale permettant ainsi de faire face sainement aux défis quotidiens (Purser, Forbes et Burke, 2016 ; Midal, 2014 ; Lifshitz et Thompson, 2019). Considérant la richesse et la complexité de cette pratique ancestrale, il est légitime de se demander comment se fait-il qu'elle se trouve aujourd'hui réduite à ses aspects fonctionnel et individuel. Ce questionnement marquera l'arrière-plan de notre réflexion.

Dans le domaine de la santé, il apparaît que la recherche scientifique en lien avec la PC s'intéresse essentiellement aux aspects physiologiques, cognitifs, émotionnels, génétiques et neuroanatomiques de cette pratique. Les articles scientifiques publiés au cours des dernières années sur la PC proviennent généralement de la médecine ou de la psychologie, domaines qui définissent par le fait même notre compréhension du phénomène. Plus encore, il semble que la grande majorité des chercheurs souhaite comprendre son effet sur le fonctionnement du cerveau, s'inscrivant ainsi dans une vision « neuro-centrée » (Lifshitz et Thompson, 2019). L'émergence de preuves neuroscientifiques selon lesquelles nos expériences façonnent notre cerveau conduit vers l'idée que la PC peut être essentiellement considérée comme un entraînement de l'esprit qui permettrait un remodelage du cerveau ainsi que le développement

¹ Conclusions établies à la lumière des résultats de plusieurs méta-analyses quantitatives (portant notamment sur 20 études empiriques répondant à des critères de qualité et portant sur diverses populations cliniques : la douleur, cancer, maladie cardiaque, la dépression et l'anxiété (Grossman, Niemann, Schmidt et Walach, 2004)

de nouveaux traits de comportement cérébraux (Davidson et Goleman, 2017). Ce remodelage et ce développement du cerveau seraient ainsi les principaux éléments curatifs de cette pratique. Suivant l'analyse sociologique d'Ehrenberg portant sur l'émergence des neurosciences cognitives, nous postulons toutefois que cette compréhension de la PC est le produit d'un narratif caractérisé par un réductionnisme neurologique, lui-même marqué par le positivisme et l'individualisme (Ehrenberg, 2016). Cette hypothèse sera largement explicitée dans le chapitre portant sur la problématique.

Tandis que les neurosciences cognitives, relativement à leurs objets de recherche, permettent une description approfondie des éléments physiologique et comportemental de cette pratique, le travail social peut pour sa part offrir une description des aspects relationnels, sociaux et culturels de celle-ci. Dans le cadre de ce travail, nous allons démontrer le caractère réducteur d'une compréhension strictement neurologique des effets de la PC. Nous mettrons en évidence la complexité de cette pratique, notamment par le biais d'une réflexion sur le trauma en tant que blessure existentielle, qui affecte directement la manière d'être au monde de l'individu. Nous souhaitons enfin montrer la pertinence de cette pratique dans le domaine du travail social en mettant de l'avant le rôle central de la relation thérapeutique dans la compréhension de la dimension curative de la PC.

En considérant la complexité des traumas et le potentiel de la PC comme manière d'être, comment notre compréhension de cette pratique peut-elle dépasser les simples aspects physiologique et psychologique du rétablissement ? Bien qu'une démarche empirique d'analyse des pratiques de PC serait pertinente, ce mémoire s'appuiera sur une analyse de la littérature scientifique. Un de nos objectifs est donc de faire ressortir les principaux éléments de la littérature scientifique qui pourraient offrir une compréhension d'un lien intime entre les principaux symptômes du trauma et la PC en tant que manière d'être opposée.

Afin de bien saisir l'état de cette situation tout en vérifiant la première partie de notre hypothèse quant au fait que la PC est aujourd'hui essentiellement définie sous l'angle des neurosciences cognitives, nous proposons une brève revue de la littérature portant sur la pratique de la PC dans le domaine de la santé. Selon la même logique, dans le chapitre suivant nous chercherons à comprendre la pratique de la PC sous l'angle d'un enjeu spécifique en

interrogeant le concept de trauma au travers une revue de la littérature. Nous tenterons de montrer que les principaux symptômes du trauma (éviter l'expérience (EE) et dissociation) se présentent de façon antithétique à l'état de PC. Nous verrons aussi qu'une réflexion sur le sens du trauma permet de faire ressortir des aspects de la PC qui semblent dépasser une compréhension strictement physiologique et psychologique.

Bien que les enjeux spécifiques à la PC et au trauma seront abordés en détail dans le cadre de ce travail, notre interrogation principale apparaît à l'intersection de ces deux champs de recherche. De manière générale, à partir des arguments relevés dans la littérature scientifique, nous souhaitons voir en quoi la PC peut s'avérer être un traitement aidant pour les survivants de trauma. Nous souhaitons montrer quels aspects de la posture développée par la pratique de PC favorisent le rétablissement de ces derniers. Plus précisément, nous cherchons à voir comment, au-delà des mécanismes d'action spécifiques, la pratique de la PC peut agir sur les aspects existentiels du trauma. Suivant notre hypothèse initiale quant au caractère réducteur de la PC comme entraînement de l'esprit essentiellement efficace puisqu'agissant sur la plasticité cérébrale, nous cherchons à voir si les bénéfices de la PC peuvent aussi se jouer à un niveau existentiel, c'est-à-dire au niveau de l'expérience vécue en tant que réalité subjective et manière d'être au monde. Cette idée sera notamment approfondie à partir des concepts d'intersubjectivité et d'interconnexion entre les phénomènes qui seront présentés lors de la discussion qui suivra l'analyse des résultats issue des écrits scientifiques.

Chapitre 1. Problématique

Au détriment d'une réalité qualitative, sous l'égide de l'efficacité à tout prix, la raison économique construit un monde de valeur strictement quantitatif, ayant pour caractéristique essentielle ce qui est mesurable ou nombrable et contrôlable. Abstraction faite de toute qualité, l'ensemble des déterminations mesurables comme le nombre, la grandeur et le volume sont de plus en plus établis comme les seules données de l'expérience. La valeur de la prise de recul, tout comme l'attention accordée à une certaine dimension du rapport à soi et aux autres, est par le fait même diminué. Par conséquent, on rencontre un aveuglement de plus en plus généralisé par rapport aux enjeux et à la richesse gravitant autour des capacités perceptives et de l'expérience humaine dans sa complexité. En proposant de s'appliquer à être attentif et curieux par rapport à sa propre expérience du monde (à son lien avec soi-même, avec les autres et avec les choses), la PC apparaît dans ce contexte comme une pratique fondamentalement révolutionnaire. Nous considérons qu'il est possible de comprendre l'émergence de la PC comme une réponse à certaines dérives de notre époque, notamment caractérisée par la dictature de l'individualisme (utilité, autonomie, performance), du positivisme (données probantes, analyse, abstraction, contrôle) et du réductionnisme (intérêt pour les aspects physiologique et comportemental de l'expérience humaine).

Certains enjeux éthiques relatifs à la complexité du monde, à l'incertitude du réel, au lien social ainsi qu'à l'expérience subjective semblent échapper aux logiques strictement méthodiques et analytiques dévouées à la recherche de productivité et d'efficacité (Gonin et Jouthe, 2013, p.75). Ces questions étant centrales dans le domaine du travail social, une réflexion sur celles-ci semble aujourd'hui indispensable afin de guider la pratique du travailleur social (Puech, 2008, p.22 ; Jouthe, 1993, p.8). Allant en ce sens, nous considérons qu'une réflexion approfondie portant sur le sens de la pratique de PC et de l'expérience traumatique ainsi que sur le sens de leur relation peut aider les travailleurs sociaux qui souhaitent renouer avec l'essence de leur pratique en posant un regard nouveau sur l'expérience de la souffrance et du rétablissement.

Comme nous l'avons souligné précédemment, dans le monde de la santé, la PC est souvent réduite à un outil individuel ou un entraînement de l'esprit permettant de faire face aux défis quotidiens. Nous croyons que cette compréhension est éminemment réductrice et incomplète. Suivant l'idée de Midal (2014), nous allons même jusqu'à soutenir que d'un point de vue sociohistorique, cette pratique peut être entendue comme une réponse sociétale au nihilisme contemporain (Midal, 2014, p.11). Le chapitre qui suit vise à interroger l'émergence de la PC en Occident en mettant de l'avant différentes façons de comprendre et décrire cette pratique : soit comme outil individuel ou comme une manière d'être globale. Nous poursuivrons notre réflexion en discutant les concepts de réductionnisme et de complexité de l'existence humaine. Les idées d'Ehrenberg (2018) proposée dans son dernier ouvrage *La mécanique des passions* alimenteront cet aspect de notre réflexion. Nous tenterons d'illustrer la thèse de ce dernier selon laquelle le réductionnisme neurologique est essentiellement le résultat de « l'alliance du mythe individualiste de l'intériorité et de l'autorité de la science » (Ehrenberg, 2006, p.23). La discipline du travail social sera ensuite présentée comme offrant un outillage conceptuel qui permet de dépasser ce réductionnisme. Nous rappellerons finalement notre objectif général et notre question principale.

1.1 L'émergence de la pleine conscience en Occident

Dès les années 1970, la pratique de PC s'est avérée particulièrement attrayante pour les neuroscientifiques qui se sont rapidement questionnés sur les effets psychologiques et physiologiques de celle-ci. Bien que plusieurs autres disciplines se soient intéressées à la PC (psychanalyse et philosophie), ce seraient les travaux de Francisco Varela (chercheur en biologie et en sciences cognitives), d'Herbert Benson (cardiologue), de Jon Kabat-Zin (chercheur et docteur en biologie moléculaire) et de Richard Davidson (neuroscientifique) qui auraient progressivement donné le coup d'envoi à cette pratique en Occident (Grégoire et al., 2016, p.33-34). Dans les années 1990, le développement de techniques d'imagerie cérébrale offrant la possibilité d'observer et de mesurer l'activité du cerveau auraient permis à Davidson de montrer que la pratique de PC modifiait l'activité et la structure des processus cérébraux. Ces observations auraient véritablement propulsé cette pratique dans le monde scientifique ainsi qu'au-delà de celui-ci (Grégoire et al., 2016, p.33-34).

1.1.1 Définition de la pleine conscience

La PC peut être définie de plusieurs façons qui ne font pas consensus dans la littérature. Elle peut être entendue comme un trait qui caractérise le comportement d'un individu et qui peut être développé par une pratique spécifique (Grégoire et al., 2016, p.10-11). Conceptualisé de cette façon, la PC peut par exemple être mesurée à l'aide d'un questionnaire qui permet d'évaluer le niveau de *pleine conscience* qui marque le comportement quotidien d'un individu (Grégoire et al., 2016, p.10-11). Elle peut aussi être comprise comme *l'état de conscience* d'un individu qui est présent à son expérience de façon ouverte et sans y porter de jugement. À partir de cette définition, la PC est mesurée en demandant à un individu son niveau de présence lors d'une activité quelconque (Grégoire et al., 2016, p.10-11). Dans le cadre de ce travail, nous ne reviendrons pas explicitement sur les débats portant sur la définition du concept de PC. La définition qui sera utilisée est la suivante : « état de conscience qui résulte du fait de porter son attention, intentionnellement, au moment présent, sans juger, sur l'expérience qui se déploie instant après instant » (Kabat-Zinn, 2003, p.145 ; Gu, Strauss, Bond, et Cavanagh, 2015, p.2).

1.1.2 Les traitements thérapeutiques basés sur la pleine conscience

Plusieurs traitements thérapeutiques basés sur la PC (ex : le programme de réduction du stress basé sur la pleine conscience (MBSR), la thérapie cognitive basée sur la pleine conscience (MBCT), la thérapie comportementale dialectique (DBT) et la thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT)), gagnent en popularité de façon fulgurante. Eu égard à la littérature scientifique, il apparaît qu'un des principaux arguments utilisés pour expliquer les bénéfices liés à la PC en santé mentale (ainsi que pour justifier son utilisation) est le fait que cette pratique, par le biais d'un entraînement de l'esprit, agit positivement sur le cerveau de l'individu et que cela peut avoir des conséquences positives sur l'ensemble de sa vie (Grégoire et al., 2016 ; Goleman et Davidson, 2017 ; Lifshitz et Thompson, 2019).

1.1.3 La pleine conscience comme manière d'être ou comme outil individuel

Kabat-Zin² (2003) insiste toutefois sur le fait que la pratique de PC est bien plus qu'un ensemble de connaissances théoriques, qu'une simple réflexion conceptuelle ou encore qu'un simple processus d'entraînement attentionnel (Kabat-Zinn, 2003, p.149). Selon lui, cette pratique est d'abord et avant tout une manière d'être qui doit être cultivée par une ascèse constante consistant essentiellement en un engagement à s'habiter soi-même (Kabat-Zinn, 2003, p.149). Comme nous l'avons dit, il s'agit de porter son attention, de manière intentionnelle et sans jugement, d'instant en instant, sur l'ensemble de son expérience vive (Kabat-Zinn, 2003, p.145). Dans le même ordre d'idée, soulignons que la pratique de PC permettrait de développer une meilleure perception et compréhension des symptômes liés au stress, qui conduiraient vers une meilleure relation à ceux-ci. La compréhension et l'acceptation de certaines réactions atténueraient en quelque sorte les difficultés liées à celles-ci et pourraient ainsi servir d'outil pour faire face aux dangers du stress (Grégoire et al., 2016, p.57-66). Le développement de la capacité à réguler les émotions, à gérer les pensées ainsi qu'à diminuer la propension aux affects désagréables ferait de la PC une intervention de plus en plus recommandée pour intervenir après des personnes dépressives (Segal, Williams et Teasdale, 2006).

Malgré la richesse et la complexité de la pratique de PC, il est impossible de nier que cette pratique est souvent réduite, notamment dans le monde de la santé, à un outil individuel permettant de faire face aux défis quotidiens (Purser, Forbes, et Burke, 2016 ; Midal, 2014 ; Lifshitz et Thompson, 2019). Suivant l'idée que cette compréhension de la PC est éminemment réductrice et incomplète, il est légitime de se demander comment il se fait qu'une pratique ancestrale, riche et complexe, se trouve aujourd'hui réduite à un *entraînement de l'esprit* visant à réduire le stress ou à améliorer la santé en général. Sans prétendre pouvoir trancher sur une question aussi complexe, nous souhaitons proposer un outillage conceptuel

2 Jon Kabat-Zinn, Ph.D., est généralement reconnu comme l'un des fondateurs du mouvement de la pleine conscience en occident. Notons que de nombreux hôpitaux et autres centres de santé à travers le monde utilisent son programme de réduction du stress basé sur la pleine conscience (MBSR). Il est professeur émérite de médecine et fondateur de MBSR et du Centre pour la pleine conscience en médecine, soins de santé et société à la faculté de médecine de l'Université du Massachusetts.

susceptible d'éclairer cette question en amenant la réflexion sur un plan critique (sociologique ou anthropologique) qui permet de saisir le rôle pouvant être joué par le travail social dans la compréhension de la PC. Plus spécifiquement, nous tenterons de voir ce que le travail social peut nous dire sur le lien entre PC et expérience traumatique.

1.2 Trauma : une blessure existentielle

Les récentes recherches en neurosciences cognitives tendent à expliquer le comportement humain, notamment l'activité mentale, par le biais de l'activité cérébrale (Erhenberg, 2018). Plutôt que de considérer l'expérience traumatique ainsi que les symptômes d'EE ou de dissociation ainsi que les enjeux relationnels d'un point de vue global et complexe entendu comme agissant sur la santé mentale, suivant une vision « neuro-centrée » on dira généralement qu'une modification des activités cérébrales explique les symptômes et que par conséquent on doit agir sur le plan neurochimique afin de réduire ceux-ci. Selon ces courants de pensée, les nouvelles technologies (ex. IRM) permettent de cartographier le cerveau et d'associer certaines « défaillances neuronales » (ex. : sur activation de l'amygdale) à certaines « défaillances comportementales » (ex. : anxiété et dépression) (Harvard Health Publishing, 2009 ; Pandya, Altinay, Malone et Anand, 2012). L'expérience traumatique qui participe aux développements des troubles de santé mentale peut avoir tendance à être occultée par ce point de vue.

1.2.1 Trauma et santé mentale

Comme nous le verrons, les traumatismes complexes engendrent une variété de symptômes (EE, dissociation, abus de substance, comportements suicidaires, etc.) qui peuvent être liés au développement de différents troubles de santé mentale. Or, plutôt que de comprendre les troubles de santé mentale (ex. : dépression) à partir des expériences traumatiques qui peuvent en être la source, on dira généralement que le trouble (ex. : dépression) est causé par une baisse de noradrénaline (supposément responsable de la sensation d'éveil et d'énergie mentale) de sérotonine (supposément responsable de la bonne humeur) qui ont pu conduire à une dysphorie qui a évolué vers une dépression. On insistera aussi sur le fait que la dépression est elle-même nocive pour le cerveau et que son prolongement peut être proportionnel aux

dommages qui s'accumulent relativement au phénomène de plasticité cérébrale (atrophie hippocampe, suractivation de l'amygdale, etc.).

De manière générale, une personne qui rapporte un trouble de l'humeur ou anxieux est perçue comme une personne enlisée dans un cercle vicieux de pensées négatives associé à l'inquiétude et la peur. Cet état est généralement accompagné de plusieurs symptômes comme la fatigue, l'hypersomnie, l'insomnie, difficulté à se concentrer, perte de mémoire, perte de vitalité, augmentation de l'appétit, perte de l'appétit, perte d'intérêt pour certaines activités quotidiennes, sentiment de lourdeur et de mal-être. Les intervenants du domaine médical auront généralement tendance à expliquer ce trouble sur le plan neurochimique. Adhérant totalement ou partiellement à cette explication, les psychologues viendront ajouter des explications comportementales et psychologiques. Bien que cela devrait être démontré de façon rigoureuse, il semble que le contexte global de la personne qui souffre de problèmes de santé mentale est rarement considéré dans le réseau de santé. Nous émettons l'hypothèse que les arguments strictement neurologiques et comportementaux, en plus d'être insuffisants à notre compréhension du phénomène dans sa complexité, puisqu'ils ont tendance à exclure les aspects existentiels et relationnels du trouble, peuvent renforcer chez les clients et les intervenants, l'idée selon laquelle l'individu est le principal, sinon le seul responsable de son état et de son rétablissement.

1.2.2 Blessure relationnelle et évitement expérientiel

L'EE est un mécanisme de défense qui marque généralement le comportement des survivants de trauma et qui affecte la capacité de l'individu à être pleinement présent à son expérience (PC) (Godbout, Bigras et Dion, 2016, p. 230). Les traitements liés au développement de la pratique de PC pourraient donc s'avérer tout indiqués pour aider les survivants de trauma à composer avec les troubles qu'ils pourraient développer (Godbout et al., 2016, p. 230). Nous suggérons qu'une réflexion sur la dimension existentielle de l'être humain en tant que manière d'être au monde (qui dépasse les aspects strictement physiologiques) est nécessaire pour saisir la complexité de l'articulation entre trauma, santé mentale et PC. La complexité de cette articulation peut être éclairée par une réflexion sur l'aspect essentiellement relationnel du traumatisme ainsi que de la pratique de PC en tant que

manière d'être avec soi et les autres. Nous verrons par exemple que l'EE est essentiellement le résultat d'une blessure relationnelle et que, par le fait même, les traitements basés sur la PC, pour permettre aux survivants de regagner leurs expériences, doivent nécessairement être soutenus par une relation thérapeutique saine, sécuritaire et constructive.

En plus d'avoir comme objectif principal d'amener les participants à cultiver un rapport particulier à eux-mêmes qui s'oppose à l'EE ou la dissociation contribuant au maintien de leur état (Godbout et al., 2016, p. 230), la PC pourrait s'avérer une excellente façon de développer des attitudes et des compétences relationnelles qui participe à la santé mentale. Il est possible de supposer que les survivants de trauma gagnent à opérer un « changement radical » dans leurs relations à eux-mêmes, aux autres et au monde et que la pratique de la PC peut permettre d'aller en ce sens. Le développement d'aptitudes qui permettent d'habiter le monde relationnel par le biais d'une appréhension intuitive basée sur une ouverture soutenue prend part à cet effet.

1.3 Du réductionnisme à la complexité de l'existence humaine

L'émergence de preuves neuroscientifiques selon lesquelles nos expériences façonnent notre cerveau aurait conduit vers l'hypothèse que la PC peut être essentiellement considérée comme un entraînement de l'esprit qui permet un remodelage du cerveau ainsi que le développement de nouveaux traits de comportement cérébraux (Goleman et Davidson, 2017). Des scanners cérébraux de moines bouddhistes ayant accumulé un très grand nombre d'heures de méditation ont conduit à décrire ces derniers comme des athlètes olympiques de la méditation (Goleman et Davidson, 2017). Ceux-ci auraient un cerveau beaucoup plus développé que la normale et certaines aires cérébrales identifiées soutiendraient des aptitudes associées aux « émotions positives » (Goleman et Davidson, 2017). Quoique beaucoup moins significatifs, des changements cérébraux pourraient aussi être identifiés après quelques semaines chez les pratiquants qui débutent (Goleman et Davidson, 2017). Selon cette lunette, ce remodelage et ce développement du cerveau seraient les principaux éléments curatifs de cette pratique. Bien que la pratique de PC se révèle comme étant soutenue physiologiquement par une activité cérébrale plus ou moins spécifique, cette compréhension apparaît éminemment réductrice et pourrait s'avérer être le résultat d'une culture scientifique qui valorise

l'autodétermination, la productivité et la mesurabilité (Erhenberg, 2018 ; Lifshitz et Thompson, 2019).

1.3.1 Les neurosciences cognitives

Les neurosciences cognitives désignent un nouveau courant scientifique composé de plusieurs disciplines, en vogue depuis les années 1990, qui s'intéressent principalement aux mécanismes cérébraux qui déterminerait le comportement humain (Ehrenberg, 2018). L'idée principale est que les activités cérébrales constituent le moteur des actions humaines et qu'une compréhension précise de celle-ci (c'est-à-dire des différentes zones du cerveau associées à différents comportements) est la clé pour comprendre le comportement humain, notamment les principaux enjeux de santé mentale (Ehrenberg, 2018). Comme les troubles de santé mentale trouvent leurs origines dans l'activité du système nerveux, il faut donc agir à ce niveau pour aider les individus. Les neurosciences cognitives, compte tenu de leurs objets de recherche, offrent une description tout à fait impressionnante et enthousiasmante des éléments physiologique et comportemental de la PC.

La neuroplasticité, concept phare pour ce champ de recherche, représente la façon dont les activités cérébrales se structurent selon les expériences (Ehrenberg, 2018). L'idée principale est que le cerveau peut changer en fonction du comportement (expériences vécues) et qu'une modification de celui-ci permet une hygiène du cerveau bénéfique à la santé mentale. Les récentes recherches en neurosciences et en sciences cognitives sont fortement marquées par la tendance à expliquer le comportement humain, notamment l'activité mentale, par le biais de l'activité cérébrale. Les nouvelles technologies (ex. IRM) qui permettent de cartographier le cerveau semble avoir fortement contribué à l'essor des neurosciences cognitives (Guillaume, Tiberghien et Baudouin, 2013). À cet effet, notre travail vise notamment à faire ressortir les risques d'une compréhension psychologisante et réductrice liés à l'utilisation et à l'application des connaissances issues de ces courants dans le domaine de l'intervention en santé mentale.

1.3.2 La thèse forte des neurosciences

Ehrenberg (2018) distingue le programme fort des neurosciences cognitives d'un programme plus modéré. Selon le premier, les neurosciences semblent vouloir rendre compte de l'être humain à partir de son cerveau. Le cerveau devient en quelque sorte le socle de l'existence et l'humain est donc un être essentiellement cérébral. Le cerveau contiendrait l'ensemble des ressources pour se mouvoir dans l'existence. Les troubles de santé mentale trouveraient leur origine dans l'activité du système nerveux et il faudrait cibler cet aspect de l'expérience pour permettre aux individus de se rétablir (Ehrenberg, 2018).

« Dans leurs visées les plus ambitieuses, ces disciplines [neurosciences cognitives] se présentent comme une biologie de l'esprit visant une connaissance la plus complète possible de l'homme, pensant, sentant et agissant, à partir de l'exploration de son cerveau (et des ramifications du système nerveux dans le reste du corps). [...] Parallèlement, elles reconfigurent les distinctions classiques entre pathologies mentales et pathologies neurologiques au sein de la catégorie générale des troubles du cerveau. Nous avons là ce qu'on peut appeler le programme fort des neurosciences cognitives » (Ehrenberg, 2018, p. 12).

Pour le programme modéré, l'expérience subjective et les troubles psychiques ne sont pas compris comme étant purement et simplement produits par l'activité cérébrale. On constate plutôt un phénomène de corrélation (non de causalité et encore moins d'identité) et on estime possible d'identifier certains traitements à partir des circuits neuronaux. Notre réflexion porte principalement sur la thèse forte.

1.3.3 Réductionnisme

Il est important de souligner que les hypothèses des neuroscientifiques ne se présentent généralement pas comme des thèses ontologiques sur la nature de l'esprit. Certains ont la prudence de ne pas prétendre que l'expérience humaine se réduit à un système cérébral (Siegel, 2010). Selon les positions plus modérées, il est possible d'appréhender certaines capacités cognitives à partir des mécanismes cérébraux, tandis que l'expérience subjective en général, et plus particulièrement la conscience, ne s'y réduit pas (Bitbol, 2014). Certaines capacités cognitives peuvent évidemment être associées aux activités cérébrales, ce qui semble d'ailleurs rigoureusement démontré par les neurosciences. Rappelons que le problème soulevé

ici est plutôt celui de la tendance réductionniste dans le domaine des neurosciences, c'est-à-dire le fait de vouloir expliquer l'ensemble de la réalité humaine à partir de la réalité matérielle en supposant que la totalité de l'expérience humaine est identifiable à la réalité matérielle, notamment au système nerveux.

En opposition au réductionnisme, Siegel (2010) suggère la possibilité de distinguer deux dimensions d'une même réalité : la réalité extérieure ou objective qui s'offre à nos sens (réalité matérielle) et la réalité subjective ou intérieure. Cette dernière est généralement entendue comme le sens construit à partir des perceptions. Ce sens peut être traduit en pensées, souvenirs, images, etc. Il est possible de penser que l'esprit reçoit des informations extérieures ou matérielles par le biais des sens et que ces informations peuvent conduire au développement d'une expérience subjective. Selon Siegel, la science autorise uniquement l'établissement d'un lien de corrélation entre les deux types de réalité et non un lien de causalité ou d'identité (Siegel, 2010, p.62-70). Il est par exemple possible d'observer que le fait de voir une personne triste conduit vers une activation de certaines aires cérébrales pouvant être corrélées à une expérience subjective décrite par le sujet comme une tristesse emphatique. Or, selon Siegel, cela ne justifie en aucun cas d'avancer l'idée que l'activité cérébrale cause la tristesse et encore moins que cette activité cérébrale est identifiable à l'expérience subjective de la tristesse (Siegel, 2010, p.62-70).

1.3.4 Subjectivité langagière

En opposition à une conception de l'être humain comme étant essentiellement de nature sociale ou langagière, les neurosciences semblent concevoir l'humain comme un être essentiellement cérébral.

« Nous assistons au énième épisode de l'histoire d'une tension entre une conception de l'homme comme être corporel et une conception adverse de l'homme comme être de langage : l'homme corporel et cérébral s'opposerait terme à terme à l'homme socialisé et parlant » (Ehrenberg, 2018).

Selon Ehrenberg, le fait de vouloir rendre compte de l'humain à partir du cerveau entre en contradiction avec l'idée d'une subjectivité phénoménologique (ou encore du « sujet parlant ») en tant que subjectivité non « réifiable ». La dimension subjective « préobjective » pouvant

être décrite phénoménologiquement et qui ne se rapporte pas simplement à l'acte de connaissance scientifique, serait exclue de cette méthodologie.

Comme le remarque Ehrenberg (2008), l'idée d'un être essentiellement cérébral peut inquiéter les défenseurs du « sujet parlant » en tant que forme de subjectivité essentiellement non « réifiable ». Il semble en effet que ce courant de pensée entre en contradiction avec l'idée d'une subjectivité qui n'est pas comprise comme le résultat d'une activité physique (Ehrenberg, 2006 ; Ehrenberg, 2018). Notons au passage qu'un des arguments des défenseurs de l'humain comme « être cérébral » serait que cette conception du cerveau permet une compréhension mécanique des maladies mentales (pouvant même être traduite par maladie du cerveau) qui conduit vers une déculpabilisation de l'individu qui souffre et une « déstigmatisation » de la maladie mentale. La cause du trouble n'est plus le sujet, elle devient le cerveau (Ehrenberg, 2006, p.20).

Selon Ehrenberg (2018), le programme fort des neurosciences identifie de façon illégitime la réalité empirique du corps ou du cerveau à la réalité totale de l'expérience humaine. La réalité dans sa totalité individuelle, relationnelle et sociale se trouve assimilée à une compréhension mécanique du système nerveux. Les neuroscientifiques cherchent trop souvent, selon Ehrenberg (2018), à comprendre comment la matière construit l'esprit sans soulever les enjeux ontologiques sous-jacents à cette question. L'auteur souligne ainsi l'idée selon laquelle la tension entre l'humain comme « être social » et l'humain comme « être cérébral » va au-delà d'une réflexion portant sur la santé mentale et la neurologie. Il s'agit selon lui d'un problème qui mérite une approche anthropologique.

« Une approche anthropologique s'avère utile, car cette tension n'est pas seulement interne au monde de la psychiatrie et de la santé mentale, elle est si inhérente à notre forme de vie qu'elle ne saurait être un jour surmontée [...] Quand on pose que la vérité de l'humain réside dans l'esprit, a-t-on affaire à une hypothèse scientifique ou à un sous-produit, finalement très banal, de la croyance anthropologique la plus répandue chez les sociétés individualistes et de leur conception du sujet humain ? » (Ehrenberg, 2006, p.21).

1.3.5 Individualisme

Ehrenberg (2018) soutient que les neurosciences sont le produit d'une logique individualiste ou les facultés subjectives ou internes d'un individu sont le moteur premier de ses actions et le conduisent vers l'autonomie. Eu égard à cette logique, l'individu devient sa propre loi et se fonde sur ses propres règles. Il pense et se pense à partir de celles-ci. Les règles sociales sont accessoires et subordonnées à celle de l'individu. Pour les défenseurs de l'individualisme, « l'humanité est composée non pas d'abord d'ensembles sociaux (nations, classes...), mais d'individus : êtres vivants indivisibles et irréductibles les uns aux autres, seuls à ressentir, agir et penser réellement. » (Laurent, 1993, p.4). Le sujet serait donc individuel avant d'être social. Il penserait et agirait par lui-même sans être le résultat d'une structure sociale. Selon Dumont (1991), « on désigne comme individualiste [...] une idéologie qui valorise l'individu [...] et néglige et subordonne la réalité sociale » (Dumont, 1991, p. 264). L'individualisme conduit la subjectivité à se vivre comme un domaine privé et intérieur ou le sujet tend à s'affranchir de toutes les contraintes sociales et à se croire « individu » au plus profond de son intériorité. Insoumis à l'autorité structurelle et sociale, l'individu se suffirait à lui-même.

Selon Ehrenberg (2018), la compréhension mécanique du comportement à partir du cerveau conduit vers une individuation du sujet. Elle isole les événements mentaux de leur contexte normatif, c'est-à-dire de leur relation à leur ensemble, afin d'en faire un phénomène objectif. Il semble toutefois que le caractère d'individualité ou individuel de ces événements mentaux soit perdu en cours de route et que par le fait même cette compréhension mécanique ne saisisse qu'une dimension d'un phénomène qu'elle prétend expliquer dans sa totalité. Comme le remarque Morin (2008), « l'individualité de l'individu, ce n'est pas seulement discontinuité [...], ce n'est pas seulement singularité, originalité, différences par rapport aux autres individus [...] l'individualité est aussi en l'être et l'existence de soi-même » (Morin, 2008, p.154). L'individuation strictement cérébrale ou psychologique du sujet ou de ses fonctions semble nier son existence individuelle en tant qu'elle est vécue de manière signifiante et relationnelle. En faisant abstraction des événements mentaux ou de la réalité subjective de façon analytique, les neurosciences risquent de passer sous silence le contexte social et structurel dans lequel s'inscrit cette individualité.

Comme rapporté par Ehrenberg, Claude Lévi Strauss remarque que « tout se passe comme si, dans nos civilisations récentes, chaque individu avait sa propre personnalité pour totem » (Ehrenberg, 2006, p.23). Eu égard à ce propos, Ehrenberg suggère « que le programme fort [des neurosciences] est la version scientifique de la totémisation du soi, qui n'est pas autre chose que notre théorie indigène de l'agent social. Il est l'alliance du mythe individualiste de l'intériorité et de l'autorité de la science » (Ehrenberg, 2006, p.23). Ehrenberg remarque que les sociétés n'ont pas toutes été marquées par cette tendance individualiste. L'exemple du peuple canaque où l'individu n'est pas vécu comme une expérience subjective privée, mais plutôt comme une relation, est utilisé afin de démontrer l'opposé de cette tendance. Pour les membres de cette communauté, la réalité semble être vécue comme venant essentiellement de « l'extérieur » et de l'autre et non de « l'intérieur » et de soi (Ehrenberg, 2006, p.23).

L'individualisme qui donne naissance à « l'individu autonome » oriente évidemment les politiques et les interventions sociales. En opposition à une vision axée sur la solidarité sociale, pour l'individualisme l'individu est responsable de ses actes et doit en répondre, il doit aussi assumer sa condition sociale. Conséquemment, il porte en lui-même son principal ennemi (culpabilité, insécurité, haine de soi).

« Dans le contexte normatif contemporain où l'autonomie de l'individu est la valeur principale (réalisation totale de soi, choix, propriété de soi, initiative individuelle généralisée), où, en conséquence, la responsabilité individuelle est intensément valorisée, les inégalités sociales sont de plus en plus endossées comme un échec personnel. L'autonomie, c'est à la fois la responsabilité personnelle et l'insécurité personnelle. Dans un tel contexte, on entend souvent que vous pourriez accuser votre cerveau au lieu de vous-même » (Ehrenberg, 2006, p.28).

Pour Ehrenberg (1998), l'individu autonome qui se suffit à lui-même est sujet à l'épuisement. Sous le poids de son autonomie, il est à risque de sombrer dans la dépression, succombant au poids d'être lui-même. Les traitements issus des paradigmes individualiste et réductionniste peuvent ainsi contribuer à la détérioration de la santé mentale pour un individu qui souffre d'un excès de responsabilité individuelle.

1.3.6 Autodétermination et idéal du potentiel caché

Selon Erhenberg (2018), les neurosciences cognitives s'inscrivent directement dans le sillon des premières tentatives de décrire les capacités d'autorégulation du comportement issu des lumières écossaises (ex. Hume, Smith, Ferguson) qui ont conduit à l'avènement d'une nouvelle forme d'individualisme basée sur l'idée et valeur de capacité et d'autonomie. Il s'agit selon l'auteur de « l'idéal du potentiel caché » (Ehrenberg, 2018, p. 70).

« Les formes de régulation des conduites et les formes de représentations collectives de l'homme en société sont liées. On ne peut comprendre l'autorité acquise par les neurosciences si on ne les considère pas comme des sciences comportementales intriquées dans la psychologie scientifique d'où elles tirent non seulement l'essentiel de leurs idées de l'homme, mais plus encore le style de pratique qu'elles prennent. Régularité, exercice, habitude, dans la façon dont elles agencent ces mots réside sans doute le fondement social de leur autorité morale parce qu'ils sont les clés ordinaires à la fois du contrôle de soi et de l'action réussie » (Ehrenberg, 2018, p. 70).

Sans vouloir entrer davantage dans les détails d'une analyse sociohistorique des neurosciences cognitives, remarquons que notre culture, notamment le rétablissement en santé mentale, est fortement influencée par un narratif basé sur des valeurs d'autonomie individuelle qui caractérisent les temps modernes.

« Ces idéaux placent l'accent sur la capacité à agir de l'individu et sur les comportements créatifs ou innovants. Le choix, la créativité, l'initiative individuelle : on entre dans ce qu'on peut appeler un individualisme de capacité à adopter une ligne de conduite personnelle, voilà ce qui devient dès lors fondamental. L'idée de potentiel caché en est un aspect particulièrement saillant » (Ehrenberg, 2018, p.115).

1.3.7 Positivisme

Comme toute autre forme de compréhension de l'existence humaine, celle de l'individu comme essentiellement cérébral, trouve nécessairement ses racines dans une culture particulière.

« La façon dont nous comprenons le fonctionnement humain, ainsi que l'importance que nous attribuons au cerveau, est fondamentalement un sous-produit du processus culturel [...] Comme on pourrait le dire, le cerveau ne détermine pas les contours de la culture de la vie ; la vie culturelle détermine ce que nous prenons pour être la nature et l'importance du fonctionnement du cerveau » (Traduction libre de Gergen, 2010, p.813).

En tant que forme toute particulière de pensée, soulignons que la pensée objective à l'origine des sciences cognitives se déploie de manière particulièrement conquérante dans le monde contemporain. On constate en effet un important mouvement en science cognitive fortement marquée par l'idéologie positiviste. Selon Morin (1990),

« le positivisme obéit essentiellement à des principes de disjonction, de réduction et d'abstraction. Il rend difficile l'appréhension des solidarités, interactions et implications mutuelles qui lient les objets. On en arrive à une intelligence aveugle qui isole les objets les uns des autres, les soustrait à leur environnement, désintègre les ensembles, systèmes et totalités. Ce mode mutilant d'organiser notre pensée nous aveugle plus profondément que l'erreur d'observation ou l'incohérence logique » (Morin, 1990, cité dans Landry-Balas, 2008 p.46).

Une culture marquée par le positivisme éprouvera évidemment de la difficulté à entrevoir la possibilité que l'expérience humaine puisse comporter des dimensions d'un ordre qui échappent à la pensée objective. Bien qu'elles méritent d'être rigoureusement interrogées par la science, ces dimensions sont aujourd'hui généralement considérées comme mystiques ou spirituelles et relayées dans le champ des pseudosciences. Sans prétendre pouvoir cerner rigoureusement les impacts de la pensée positiviste, rappelons simplement que notre hypothèse consiste à dire qu'une dimension de réalité subjective est souvent négligée ou considérée illusoire par cette façon de penser.

Pour définir une certaine tendance dans le domaine de la relation thérapeutique, Quintin (2012) remarque la montée de ce qu'il nomme un certain « nihilisme en psychologie » (Quintin, 2012). Selon l'auteur, les sciences cognitives comprennent et décrivent :

« nos activités mentales et nos compétences comme un processus informatique qui explique comment on acquiert de l'information, on l'organise et on la mémorise, comment on décide, comment on transforme nos connaissances antérieures et comment on traduit nos connaissances en actions [...] Elle contribue à un rejet de la condition humaine faite de chair et de sang, d'ambiguïté et d'incertitude ». (Quintin, 2012, p.134).

La psychologie issue des sciences cognitives ferait fi d'une certaine dimension de l'expérience subjective. L'expérience du sens et de la signification ne semble pas identifiable, dans sa complexité, à la réalité empirique et semble résister à une description en termes de système de

traitement d'information. « La psychologie cognitive se présente comme une manœuvre cherchant à décomposer notre relation au monde en un acte cognitif sous-jacent. [...] Elle consiste à rendre la pensée transparente en réduisant sa complexité à son élément le plus simple » (Quintin, 2012, p.135).

Fasciné par la productivité, l'autodétermination et la mesurabilité, la science moderne tomberait évidemment rapidement sous le charme de « preuves scientifiques » qui montrent qu'une expérience somme toute assez simple permet de remodeler le cerveau et d'optimiser la santé mentale. « If there's one thing our contemporary culture values more than individual self-determination, it's tangible results. We put our faith in what we can measure » (Lifshitz et Thompson, 2019, paragr. 5). Bien que certains « supports cérébraux » aient pu être identifiés par des techniques de neuro-imagerie, réduire la PC à ceux-ci peut conduire à une vision incomplète et erronée de cette pratique.

1.3.8 La pleine conscience au-delà du réductionnisme, de l'individualisme et du positivisme

Notre époque est fortement marquée par la montée d'un individualisme libéral fondé sur une rationalité essentiellement économique de laquelle découlent des principes de propriété privée et d'intérêts particuliers (Laurent, 1993, p. 50-52). Il est possible de soutenir que la liberté contemporaine, entendue comme absence de contrainte ou d'assujettissement conduit vers une individualisation du lien social. Conséquemment, on remarque une généralisation du repli sur soi, du désir de conformisme et de perfection ainsi qu'une peur de la vulnérabilité grandissante au sein de nos sociétés (Badal, 2003, p.13 ; Midal, 2013, p10). Disons aussi que le monde économique actuel se caractérise par la production constante d'un besoin de performance (Poliquin, 1994). Sous la pression d'un sentiment d'urgence grandissant, l'attention est essentiellement dirigée vers un objectif précis et la réaction rapide et efficace devient un automatisme.

Tandis que le système économique et politique tend à modifier le lien social en favorisant l'individualisme et la recherche d'autonomie sociale, nous verrons que la PC peut être essentiellement entendu comme une ouverture à soi, aux autres et au monde. Bien qu'une

des critiques faites à cette pratique soit qu'elle encourage un repli sur soi, il semble que ce ne soit pas le cas. Selon certains auteurs et fondateurs des pratiques de PC en Occident, le retour vers soi cultivé par cette pratique produirait plutôt l'effet inverse en sensibilisant les pratiquants à leur rapport aux autres et au monde. « Dans la quiétude de la pratique traditionnelle [PC] nous tournons nos énergies vers l'intérieur pour découvrir que nous contenons en nous le monde entier » (Kabat-Zinn, 2012, p.109). Dans le même ordre d'idée, « c'est souvent là une des découvertes que les pratiquants font lors d'une retraite conséquente. La méditation les rend bien plus ouverts et sensibles à la réalité, aux liens qui les relient aux autres et au monde » (Midal, 2014, p.70). Nous souhaitons ici saisir la complexité d'un phénomène dont la compréhension pourrait s'avérer très limitée dans une perspective strictement psychologisante et physiologique.

Eu égard à cette mise en garde quant aux ornières des approches orientées par le réductionnisme, l'individualisme et le positivisme, il semble nécessaire de porter un regard critique sur la complexité du phénomène de l'avènement de la PC dans le domaine de la santé mentale en occident.

« Passer au-delà d'une vision neuro-centrique de la pleine conscience promet non seulement d'améliorer la science de la méditation, mais également de contrecarrer l'idée pernicieuse selon laquelle prendre soin de notre esprit ne relève que de la régulation de nos propres états internes. Une partie de ce que révèle la pratique méditative est que nos esprits sont intrinsèquement liés à notre corps et aux contextes sociaux et écologiques plus vastes dans lesquels nous sommes enracinés. Nous espérons une science qui nous rendrait plus, pas moins, conscients de la façon dont notre cerveau s'intègre dans ce tableau plus général » (Traduction libre de Lifshitz et Thompson, 2019, parag. 16).

Pour bien comprendre ce qui caractérise le phénomène de la PC, nous avons choisi d'élargir notre point de vue au-delà des principales idées issues des neurosciences cognitives. Le travail social offre un terrain tout à fait fertile à cet effet. Tout comme la pratique de la PC, le travail social semble caractérisé par une attitude de curiosité et d'exploration constante ainsi que par le fait de cultiver un rapport particulier à l'être humain comme une réalité vivante en interaction avec son environnement. En plus des avantages d'ordre strictement théorique, cette approche nous permet donc de nous inscrire en adéquation avec la logique de notre

thématique, favorisant ainsi l'émergence de connaissances conceptuelles fidèles à la réalité qu'elles décrivent.

1.4 Travail social : vers une ouverture à soi, aux autres et au monde

On constate dans plusieurs domaines scientifiques une certaine tendance réductionniste qui semble difficilement rendre compte de certaines dimensions de l'existence humaine dans leur complexité (Bitbol, 2014 ; Morin, 1999). Pour ce qui semble échapper à cette méthodologie réductionniste, nous pensons évidemment à l'expérience humaine en tant que phénomène complexe, mais aussi à l'expérience subjective de la conscience, à la relation intersubjective (au sens phénoménologique) ainsi qu'à l'expérience de sens qui en découle.

« L'intelligence qui ne sait que séparer brise le complexe du monde en fragments disjoints, fractionne les problèmes, unidimensionnalise le multidimensionnel. Elle atrophie les possibilités de compréhension et de réflexion, éliminant aussi les chances d'un jugement correctif ou d'une vue à long terme. Son insuffisance pour traiter nos problèmes les plus graves constitue un des problèmes les plus graves que nous affrontons » (Morin, 1999, p.14-15).

Animé par un désir d'objectivité et d'exactitude méthodologique fondé sur un positivisme et un réductionnisme à prétention explicative, souvent considéré comme leur seul outil de connaissance valable, une importante partie des connaissances et réflexions contemporaines semble négliger la complexité de l'existence (Morin 1990 ; Morin, 1999). De toute évidence, la pratique de la PC en Occident est loin d'échapper à cette analyse.

1.4.1 Aspects subjectifs, relationnels et contextuels de l'existence humaine

Il nous apparaît que les arguments neurologiques et comportementaux, essentiellement issus et caractérisés par les paradigmes positiviste, individualiste et réductionniste, peuvent conduire à une compréhension limitée de la pratique de PC et à certains risques quant à son utilisation. En plus d'être une forme d'appropriation culturelle, les arguments neurologiques et comportementaux semblent entrer en contradiction avec certaines valeurs liées aux fondements de la PC. L'importance accordée aux phénomènes d'interconnexion (entre individus et phénomènes), d'impermanence et d'absence de « soi véritable » est généralement

exclue des réflexions scientifiques portant sur la PC. Selon Kabat-Zinn (2011), le programme de « réduction du stress basé sur la pleine conscience (MBSR) a été développé comme l'un des moyens les plus habiles possible pour amener le Dharma³ dans les cadres traditionnels » (Kabat-Zinn, 2011). Il serait pertinent de chercher à comprendre l'état actuel de cette entreprise en cherchant à identifier les aspects subjectifs (absence de soi véritable), relationnels (ouverture à l'autre) et contextuels (interconnexion et systémique), entendus comme « Dharma universel », qui ne semblent pas être considérés par la recherche et l'application de cette pratique.

Une analyse critique et structurelle de la PC conduit vers une certaine méfiance quant à la place occupée par cette pratique en Occident. Utilisée par l'occident en vue de diminuer le stress ou encore d'augmenter le bien-être ou la performance, en plus d'être fondée sur une « psychologisation » des problèmes sociaux, cette approche pourrait se voir dénuée de son essence même. Plusieurs auteurs (Kabat-Zin, 2011 ; Hick, 2011 ; Segal, 2002), s'entendent pour dire que diminuer le stress, ou encore augmenter le bien-être ou la performance, doit être entendu comme de simples effets secondaires d'une pratique qui est en réalité beaucoup plus complexe. Visant une compréhension multifactorielle de l'existence humaine, nous croyons que le travail social, notamment par le biais des approches structurelle et systémique, peut rendre compte de cette complexité.

1.4.2 Une ouverture sur la complexité de l'existence humaine

Les aspects de la PC qui semblent négligés par les approches réductionnistes pourraient s'avérer être une aide précieuse pour la compréhension moderne de l'existence humaine ainsi que le développement de changements sociaux significatifs. Le travail social semble tout indiqué pour ouvrir un dialogue sur la complexité de cette pratique.

« Social work may be the best location from which to examine the relationship between mindfulness and social change, specifically because social work values a dialectical approach to the inner and outer world. The mindful and social justice approach

³ Les enseignements du Bouddha sont souvent appelés le «Dharma». Ce signifie notamment la vérité en lien avec les perspectives et les pratiques pouvant conduire à la fin de la souffrance (Fonsdale, s.d.).

represents a social work model of practice that equally acknowledges, values, and quite effectively unites the biopsychological and social justice domains. Mindful and social justice approaches may assist workers in simultaneously addressing individual, community, and social justice issues. Additionally, a radical-mindful approach to practice may assist social workers in articulating these processes, and thus in better reflecting on our practice » (Hick et Furlotte, 2009, p.6).

La pratique de PC offre des outils concrets soutenant une analyse critique et structurelle de la condition humaine, notamment de la justice sociale (Hick et Furlotte, 2009). La description essentiellement systémique de l'existence de toute chose (phénomène d'interconnexion) et l'importance accordée au fait de cultiver une attention ou une présence soutenue ainsi qu'une ouverture et une acceptation radicale de la réalité en sont des exemples. Ces outils peuvent s'avérer inestimables pour le travailleur social qui s'intéresse tant aux aspects individuels et sociaux qui caractérisent la condition humaine et qui souhaite rendre compte des dimensions social et individuel des iniquités sociales. La pratique de la PC permet de développer un regard lucide sur la complexité de l'existence, c'est-à-dire sur le lien entre l'expérience vécue et les structures sociales élargies souvent caractérisé par des rapports oppressifs, tout en permettant d'éviter une culpabilité paralysante pouvant résulter de cette prise de conscience (Hick et Furlotte, 2009).

Si « la perspective de l'utilitarisme et le primat de la rationalité conduisent à nier une dimension particulièrement essentielle de l'être humain » (De Gaulejac, 2005, p. 304), la PC propose la possibilité que l'existence humaine puisse comporter des dimensions d'un ordre qui échappent à la pensée objective. Comme « il convient de considérer l'individu non comme une ressource, mais comme un sujet » (De Gaulejac, 2005, p. 304), la PC vise à apprendre à être sujet. Par une ascèse constante, cette pratique nous rapproche de nos racines profondément humaines et cette humanité grandissante nous permet de prendre des décisions justes (Midal, 2014, p.12), de nous approprier nos actions et de les déterminer. « La méditation⁴ n'étant pas un outil, non seulement elle ne sert à rien, mais surtout elle nous libère du règne de l'utilité [...] la méditation préserve l'humanité qui est en chacun de nous » (Midal, 2014, p.67).

4 Bien que les distinctions entre méditation et PC seront présentées dans le prochain chapitre, nous croyons légitime des les entendre ici comme synonyme.

1.5 Objectif général et question principale

Ce projet de mémoire vise à interroger l'émergence de la pratique de PC en Occident en tant que phénomène complexe, notamment dans le domaine de la santé mentale comme traitement pour les survivants de trauma. Nous cherchons à comprendre sous quels angles principaux cette pratique est approchée par les scientifiques dans le domaine de la recherche et de quelles manières elle est introduite dans le domaine de la santé mentale. Plus précisément, nous souhaitons répondre aux questions suivantes : (1) comment se fait-il qu'une pratique ancestrale, éminemment riche et complexe, se trouve aujourd'hui réduite à ses aspects fonctionnel et individuel ? (2) Pourquoi la recherche scientifique en lien avec la PC cherche essentiellement à comprendre son effet sur le fonctionnement du cerveau ? (3) La PC se réduit-elle réellement à un entraînement de l'esprit essentiellement bénéfique pour le cerveau ? (4) L'importance de la relation thérapeutique a-t-elle été oubliée ? (5) La pratique de PC peut-elle permettre aux survivants de trauma, qui sont en quelque sorte en exil d'une partie d'eux-mêmes, de regagner progressivement leurs pleines expériences ainsi qu'une partie de leur liberté ? (6) Que peut nous dire le travail social sur la PC en santé mentale ?

Chapitre 2. Cadre théorique

Le fait de vouloir comprendre la PC, le trauma ainsi que leurs interactions d'un point de vue scientifique conduit inévitablement à une immersion dans la littérature scientifique issue des neurosciences cognitives (principalement les neurosciences et la psychologie comportementale) qui semblent constituer le paradigme dominant en lien avec ces thématiques. Or, pour bien saisir le contexte dans lequel se situe la connaissance scientifique en lien avec ces thématiques, nous devons procéder à une étude critique et rigoureuse des principes et des valeurs desquels elle émerge. « Il faut essayer de connaître la connaissance, si l'on veut connaître les sources de nos erreurs ou illusions » (Morin, 1992, résumé couverture). Afin de « connaître la connaissance » d'une approche théorique fondée sur la valeur d'individualiste qui s'intéresse principalement aux mécanismes cérébraux qui détermineraient le comportement humain, notre analyse du discours scientifique se laissera guider par les concepts de complexité et transdisciplinarité (Morin, 1999). Allant en ce sens, nous avons aussi choisi d'inscrire nos analyses dans la perspective sociologique d'Ehrenberg qui donne l'opportunité d'appréhender les logiques et les dynamiques qui ont alimenté un narratif caractérisé par « l'alliance du mythe individualiste de l'intériorité et de l'autorité de la science » (Ehrenberg, 2016, p.23). Les approches constructiviste et systémique ainsi que l'analyse de Hick (2009, 2010) seront également sollicitées afin d'approfondir notre réflexion à travers le champ du travail social.

2.1 Complexité et transdisciplinarité et analyse du discours scientifique

Notre méthodologie est fortement marquée par les idées de complexité et transdisciplinarité issues de la sociologie d'Edgar Morin. L'individu est un phénomène complexe, notamment en ce qu'il est à la fois un être biologique et un être social. Il est donc impossible de le saisir, le décrire ou le comprendre à l'intérieur des frontières d'une discipline ayant pour objet l'un ou l'autre de ces aspects. Nous croyons que dans le domaine de la santé mentale, plus précisément celui des interventions basées sur la PC auprès des survivants d'expériences traumatiques, le travail social peut jouer un rôle précieux en ouvrant un

dialogue transdisciplinaire ainsi qu'en restaurant la réflexion à l'aide du concept de complexité proposé par Morin. Pour ce dernier, « le découpage des disciplines rend incapable de saisir « ce qui est tissé ensemble », c'est-à-dire, selon le sens originel du terme, le complexe » (Morin, 1991, p.14). Notre objectif est de comprendre la pratique de PC, chez les survivants d'expériences traumatiques, en tant que phénomène complexe. Pour ce faire, nous avons choisi de poser un regard sociologique sur l'émergence de cette pratique en Occident afin de considérer cette émergence dans un contexte global qui dépasse l'hyperspécialisation des principaux acteurs impliqués. Suivant l'idée de Morin, nous souhaitons comprendre notre objet de recherche en montrant « les ensembles complexes, les interactions et rétroactions entre parties et tout, les entités multidimensionnelles, et les problèmes essentiels » (Morin, 1991, p.13) qui le caractérise.

2.2 Cadre théorique d'Ehrenberg

Ehrenberg (2018) a montré que le discours scientifique des neurosciences cognitives est fortement marqué par une approche théorique fondée sur la valeur d'individualisme qui s'intéresse principalement aux mécanismes cérébraux qui détermineraient le comportement humain. Ce discours risque par conséquent de ne pas considérer la dimension subjective, intersubjective et sociale de l'existence humaine en tant qu'expériences vécues. Considérant leurs méthodes et leur objet de recherche, il apparaît que les neurosciences cognitives risquent de dissoudre la réalité humaine en décomposant les éléments (réalité subjective, intersubjective et sociale) qui la forment. Une partie de notre travail consiste à vérifier si cette hypothèse s'applique à la recherche portant spécifiquement sur la pratique de PC chez les survivants d'expériences traumatiques.

L'analyse des travaux d'Ehrenberg (2006 ; 2018) portant sur les neurosciences cognitives nous a permis de mettre en lumière les fondements culturels de ces nouvelles sciences du comportement humain en vogue depuis le début des années 1990. Comme nous l'avons vu dans le chapitre précédent, l'analyse du sociologue illustre de façon éloquente comment le cerveau, entendu aujourd'hui comme point culminant de l'intériorité humaine, est devenu un système explicatif privilégié pour la compréhension contemporaine du comportement humain.

« C'est le coeur de ce qu'on appelle l'individualisme. Simultanément, ces sociétés ont logé la vérité de l'humain dans une partie de l'individu : l'esprit, le mental, la psyché ou, récemment, le cerveau, bref l'intériorité. La relation entre l'individu comme valeur suprême et l'intériorité comme lieu de la vérité de l'homme est structurelle : elle est un élément central de notre forme de vie » (Ehrenberg, 2006, p.22).

Bien que les travaux du sociologue ne traitent pas de la PC, son analyse offre un cadre théorique éminemment pertinent pour saisir ce que la science dit de cette pratique ainsi que pour comprendre son invasion fulgurante dans le monde scientifique. Il semble que la pratique de PC s'est avérée tout indiquée pour répondre à l'entreprise des neurosciences cognitives de traiter les principaux problèmes comportementaux de la vie quotidienne ainsi que les principales défaillances de la santé mentale.

2.3 La santé mentale selon les approches constructivistes

Tandis que les neurosciences cognitives comprennent et décrivent principalement la santé mentale à partir des mécanismes cérébraux qui y seraient associés, notre posture théorique est plutôt marquée par un narratif issu d'une perspective structurelle en ce sens que nous croyons que les difficultés et les souffrances individuelles et relationnelles peuvent généralement être expliquées par les conditions sociales et les rapports de domination (Harper, Dorvil, 2013). La définition de la folie offerte par Atwood (2012) illustre clairement la compréhension de la santé mentale à la base de notre réflexion.

« La folie résulte de l'échec de maintenir des relations humaines. Elle découle d'un traumatisme désastreux qui met en cause la capacité même de la personne à faire l'expérience du «je suis». Parfois, les événements qui précipitent sont présents, évidents et dramatiques; à d'autres moments, les catastrophes intérieures sont cachées, peut-être perdues dans les brumes de la première enfance. Quels que soient les détails de la genèse particulière, la folie est une réponse humaine dans un contexte humain » (Traduction libre de Atwood, 2012, p.55).

Notre compréhension de la santé mentale est aussi fortement marquée par « la matérialisation et la collectivisation des problèmes » (Moreau, 1987, p.227).

« Une attention particulière est portée aux expériences passées OU présentes de conflits sociaux vécus par la cliente. On vérifie dans quelle mesure elle a pu être sujette à des expériences d'exploitation, d'impuissance, d'isolement ou de dépendance dans sa vie

familiale et sociale. On tente de comprendre les liens entre ses expériences de vie personnelle et sociale, son estime de soi, ses désirs, ses douleurs non exprimées, ses peurs non résolues, ses espoirs personnels, son contact affectif avec elle-même, sa capacité d'identification sociale et la possibilité qu'elle soit identifiée à ses oppresseurs » (Moreau, 1987, p.233).

Considérant que les troubles de santé mentale et les types d'interventions qui s'y rattachent sont le symptôme d'un système caractérisé par des iniquités et des rapports sociaux conflictuels (abus, violences, pauvreté, etc.), un regard issu d'une perspective structurelle peut permettre de dépasser une compréhension strictement physiologique ou cérébrale des « troubles psychiques » et ainsi comprendre le rôle de la PC dans un le contexte des expériences traumatiques.

2.4 Souffrances individuelles et contexte social

Permettant de dépasser le paradigme des neurosciences cognitives d'où provient la grande majorité de la littérature scientifique sur la pratique de la PC en santé mentale, la réflexion de Hick (2009) portant sur la PC est aussi à la source de notre questionnement. L'auteur rappelle que certains aspects importants qui composent la complexité de cette pratique sont peu sondés par le paradigme en question. Hick (2009) suggère que la PC est tout indiquée pour intervenir en faveur de la justice sociale et des individus marginalisés. Selon lui la PC permet aux travailleurs sociaux et aux clients de prendre conscience des souffrances individuelles ainsi que de leurs interactions avec le contexte social. Cette prise de conscience pourrait aussi conduire à apporter des réponses bénéfiques aux difficultés rencontrées (Hick, 2009).

Pour Hick (2009), la PC conduit vers une acceptation radicale de la réalité, tant au niveau des aspects individuels (pleine conscience de soi en tant qu'intervenant), qu'au niveau des « microsystème » (pleine conscience des mouvements relationnels avec les clients), qu'aux « mésosystèmes » et des « macrosystèmes » (pleine conscience des besoins des communautés, institutions et politiques). Ces différents aspects de la réalité peuvent ainsi être visés comme cibles des interventions basées sur la PC dans le domaine du travail social (Hick, 2009, p.23). En développant des capacités liées au savoir-être, la pratique de PC peut aider les travailleurs

sociaux à faire face aux nombreux enjeux personnels, relationnels et structurels rencontrés dans leur pratique. Selon l'auteur, le développement des compétences en lien avec la pratique de la PC pourrait favoriser l'émergence de nouvelles perspectives à l'origine de changements significatifs qui peuvent s'opérer au sein des interventions en travail social (Hick, 2009, p.25).

2.5 L'approche systémique

La PC trouve ses fondements historiques dans la pensée bouddhiste. Selon cette dernière, le monde est essentiellement un ensemble de phénomènes interconnectés et interdépendants les uns par rapport aux autres et la prise de conscience de cette réalité peut conduire vers l'éveil (Nhat Hanh, 2017). Il est frappant de constater à quel point, du moins de façon superficielle, ces idées d'interconnexion et d'interdépendance rappellent celles qui sous-tendent l'approche systémique dans le domaine de l'intervention en relation d'aide.

« L'approche systémique n'est ni une forme de thérapie ni un ensemble de techniques thérapeutiques. C'est plutôt une façon de saisir la réalité qui reconnaît l'interaction comme principe fondamental de tout ce qui vit. De la plus petite cellule à l'organisme complet, de l'individu à la société entière, tout est composé d'éléments qui interagissent. Adopter une vision systémique, ce n'est pas modifier la réalité, c'est transformer son regard ; c'est également élargir son champ de vision pour s'intéresser à l'information qui circule dans tous les processus relationnels » (Landry-Balas, 2008, p.7).

La prise de conscience de cette similarité quant aux fondements de la pensée bouddhiste et l'approche systémique nous conduit vers l'hypothèse qu'interroger la pratique de la PC, elle-même originellement issue de la pensée bouddhiste, à la lumière de l'outillage conceptuel proposé par l'approche systémique pourrait s'avérer très utile à une compréhension de cette pratique en tant que phénomène complexe. Par sa prise en compte de plusieurs facteurs qui interagissent à l'intérieur d'un système, l'approche systémique semble tout indiquée pour guider notre analyse.

« La théorie systémique pose un certain nombre de principes : interaction, totalité, organisation, complexité, aspects structurels et fonctionnels d'un système. On pose donc ici l'interaction des systèmes comme étant primordiale [...] les problèmes sociaux sont donc explicables par le milieu [...] c'est le social qui détermine l'individu » (Doucet, 2013,p.106).

Chapitre 3. Démarche de recherche

Bien qu'ayant son siège en travail social, ce mémoire s'inscrit à l'intersection de plusieurs disciplines gravitant autour des enjeux de santé mentale. Des réflexions issues de la sociologie, la psychologie et des neurosciences cognitives accompagneront notre démarche en s'ajoutant à celles issues du travail social. Le chapitre qui suit vise à présenter notre parcours d'un point de vue méthodologique. Nous verrons que ce travail de recherche est essentiellement basé sur une analyse de théorisation ancrée ayant pour corpus la documentation scientifique. Notons d'emblée que les contours de notre objet se sont précisés et construits progressivement et de manière inductive, au fil de ce qui émergeait des écrits. Loin d'être le résultat d'un protocole de standardisation duquel pourrait découler une analyse quantitative de données représentatives, notre travail de recherche, essentiellement basé sur la recherche documentaire (recension des écrits), vise à faire ressortir les principales sources empiriques (données et résultats de recherches) et théoriques (idées, concepts et théories) qui permettent la théorisation de notre objet de recherche.

3.1 Processus de recherche et analyse par théorisation ancrée

La réflexion présentée dans le cadre de ce travail s'inscrit dans le cadre d'un processus qui s'est étalé sur plusieurs années. Lors d'un travail précédent⁵ portant sur l'importance de la pratique personnelle de PC chez les instructeurs des programmes basés sur la PC, nous avons montré l'importance pour les instructeurs d'incarner une « manière d'être » globale par le biais de différentes attitudes ainsi que le fait de dépasser la simple transmission de connaissances techniques. Nous avons questionné la pratique de PC comme moyen privilégié pour développer le savoir-être des intervenants. Amenant un éclairage précieux sur notre pratique personnelle et professionnelle de PC, cette réflexion avait toutefois laissé plusieurs questions en suspens, notamment en lien avec le rôle de la relation thérapeutique dans les interventions basées sur la PC. Étant ressorti de façon centrale de nos entretiens auprès d'informateurs clés⁶,

⁵ Thuot-Lepage, 2017

⁶ Lors de ce travail précédent, quatre informateurs ont été sollicités pour prendre part à des entrevues semi-structurées individuelles. Leur position dans le domaine de la recherche en lien avec l'utilisation de la PC en

il est apparu étonnant que cet aspect ne soit pas davantage présent dans littérature scientifique. Nous avons donc choisi de poursuivre notre investigation à ce niveau.

Bien que la pratique de la PC en milieu clinique fasse l'objet d'un nombre important d'études scientifiques, très peu d'entre elles se concentrent sur l'importance de la relation thérapeutique. Or, comme nous le verrons, cette dernière est généralement considérée comme essentielle aux interventions basées sur la PC. Considérant cette lacune, notre objectif initial était d'explorer le lien entre la relation thérapeutique et la pratique de PC dans le monde de la santé mentale en Occident. En vue d'offrir une compréhension élargie du phénomène, nous avons tenté de faire émerger le sens de notre objet de recherche (avènement de la PC en Occident et relation thérapeutique) en reliant les différents types de connaissances qui ressortent de la littérature scientifique sur le sujet. Dès lors, la méthode de théorisation ancrée s'est avérée centrale à notre démarche. Suivant l'idée de Paillé (1994), l'analyse par théorisation consiste peut se définir de la manière suivante :

«Qu'est-ce que théoriser? C'est dégager le sens d'un événement, c'est lier dans un schéma explicatif divers éléments d'une situation, c'est renouveler la compréhension d'un phénomène en le mettant différemment en lumière. En fait, théoriser, ce n'est pas, à strictement parler, faire cela, c'est d'abord aller vers cela; la théorisation est, de façon essentielle, beaucoup plus un processus qu'un résultat » (Paillé, 1994, p.149).

L'immersion dans la documentation scientifique a permis de saisir les représentations et croyances qui ressortent afin d'abstraire une logique inhérente à la complexité du phénomène de l'avènement de la PC en Occident. Dans le même ordre d'idée, en tant que démarche inductive basée sur une collecte spontanée des données, l'analyse par théorisation ancrée permet tout particulièrement d'éviter les pièges possibles relatifs au fait que les connaissances produites soient teintées par des hypothèses et préjugés (Paillé, 1994). L'émergence du thème du trauma et des symptômes d'EE et de dissociation, ressortis des données recueillies au travers notre parcours de recherche, en est un exemple concret. Étant initialement absente de notre démarche, cette thématique est apparue centrale en cours de

milieu clinique ainsi que leur expérience pratique en lien avec les programmes basés sur la PC, a été les principaux critères qui nous ont permis d'évaluer leur statut d'informateur.

route et s'est affichée comme un élément clé pour progresser dans la compréhension du phénomène étudié.

En vue de comprendre le rôle de la relation thérapeutique dans la pratique de la PC, nous avons initialement choisi d'interroger des psychothérapeutes qui utilisent la PC dans leur pratique. Poursuivant nos lectures et découvrant la complexité du phénomène de l'émergence de la PC en Occident, notre perspective s'est élargie et une multitude de problèmes fascinants sont apparus. Par exemple, constatant que les expériences traumatiques conduisaient à des comportements d'EE à l'opposé de la qualité de présence à soi développée par la PC, il nous a semblé que l'étude du trauma et de son lien avec la PC pourrait s'avérer éclairant. La compréhension de la PC comme favorisant une relation à soi et aux autres, saine et constructive, s'est ainsi affichée comme centrale dans notre démarche. Nous avons entrepris de saisir et théoriser les liens entre la pratique de PC, l'EE et la relation thérapeutique. Comme il s'agit d'un problème complexe qui doit être abordé sous l'angle de plusieurs disciplines et aux travers une abondante littérature, nous avons choisi de restreindre notre collecte de données aux documents proposés par la littérature scientifique. Notre connaissance approfondie du corpus, notamment issue de nos recherches précédentes ainsi que notre expertise personnelle, nous a initialement semblé suffisante pour guider notre recherche.

3.2 Concepts sensibilisateurs

Notre objectif empirique général est d'analyser et déconstruire le discours neuroscientifique sur la PC ainsi qu'analyser son caractère réducteur tout en faisant la démonstration d'un regard sur la PC plus large et ouvert pouvant rendre compte du potentiel de celle-ci comme manière d'intervenir qui considère la complexité de l'expérience humaine. L'ancrage théorique de la sociologie d'Ehrenberg présenté précédemment sera un guide pour soutenir une analyse ancrée à partir des concepts sensibilisateurs mis de l'avant dans la section suivante. Cette stratégie d'analyse permettra de faire ressortir le caractère réducteur de la PC tel qu'elle est construite dans le paradigme dominant des neurosciences cognitives. Nous pourrons aussi faire état de la PC comme réponse aux effets complexes du trauma. Finalement, la potentialité du travail social ouvrira la voie à une lecture globale de l'expérience humaine et de la PC comme modalité de traitement.

3.2.1 Le regard sur l'expérience humaine

La compréhension de la PC comme mettant essentiellement l'accent sur ses aspects liés à un entraînement mental semble tout à fait normal compte tenu du contexte actuel. Or, si les neurosciences cognitives, issues du paradigme narratif décrit ci-dessus, sont naturellement dirigées vers ces aspects, qu'en est-il du travail social ? Nous souhaitons faire la démonstration empirique, à travers l'analyse des discours scientifiques du travail social en tant que domaine de réflexion qui permet de croiser l'individuel et le structurel, que cette discipline offre une plateforme de conceptualisation et de recours élargi à la PC.

3.2.2 Le regard sur la pleine conscience

Afin d'approfondir notre compréhension de la PC, nous avons fait appel au cadre issu de la sociologie présenté ci-dessus. Au travers cette lunette d'analyse, nous souhaitons faire la démonstration de la dimension essentiellement individuelle de la conceptualisation et du recours à la PC par les neurosciences cognitives, pour montrer comment elle est réductrice à travers les discours scientifiques. Une compréhension de la PC comme étant essentiellement existentielle, c'est-à-dire comme une manière d'être avec soi et de s'engager avec les autres et le monde, sera mis de l'avant dans ce travail.

3.2.3 Le regard sur le trauma

Afin de dépasser les dimensions strictement individuelles et mécaniques des blessures traumatiques (essentiellement psychologiques et neurologiques), nous mettrons de l'avant l'importance de considérer la dimension existentielle des blessures traumatiques (manière d'être avec soi et de s'engager avec les autres et le monde). Les concepts d'EE, de dissociation et de trauma intersubjectif seront au premier plan à cet effet. Les études portant sur les expériences d'adversités vécues dans l'enfance (ACE's) seront sollicitées afin d'éclairer la dimension structurelle des blessures traumatiques et des enjeux de santé mentale qui peuvent en résulter.

3.2.4 Le regard sur la pleine conscience comme traitement

Eu égard à nos observations, la majorité des recherches en lien avec la PC est issue des neurosciences cognitives et est par conséquent restreinte aux aspects comportementaux et cérébraux qui caractérisent ce type d'expérience. Comme nous l'avons vu, plutôt qu'être abordé sous un angle systémique ou structurel, on dira que la PC est un entraînement de l'esprit efficace basée sur une modification du comportement et par le fait même de la structure cérébrale pouvant aider à rétablir la santé mentale. Afin de dépasser cette tendance, nous avons choisi l'application de la PC comme traitement pour les survivants d'expériences traumatiques, basé sur le développement d'une manière d'être antithétique aux comportements d'EE et de dissociation. L'exemple du trauma nous permettra aussi de montrer l'importance de développer une relation thérapeutique optimale pour aider les survivants à regagner leur pleine expérience. Les lunettes systémiques et structurelles qui définissent le travail social nous accompagneront à ce niveau. Nous verrons comment une analyse des potentialités des interventions basées sur la PC s'enchevêtre avec une compréhension élargie des réponses traumatiques.

3.2.5 Le regard sur la relation thérapeutique

Plusieurs angles d'approches auraient pu être choisis pour alimenter notre réflexion. Suivant notre intérêt, nous avons choisi d'interroger la relation thérapeutique en tant que protagoniste qui semble quelques fois oublié dans cette histoire. À cet effet, rappelons les propos de Hick et Bien (2008) cités dans la section portant sur la problématique.

« Selon Norcross (2002, p. 5) dans d'autres traitements de psychothérapie, des techniques spécifiques ne représentent que 5 à 15% de la variance des résultats. Le reste est attribué à des circonstances indépendantes du traitement ou à des facteurs relationnels. S'il en va de même pour les interventions basées sur la pleine conscience et il y a peu de raisons d'en douter, nous risquons de manquer un élément important du puzzle des résultats. En outre, si la pleine conscience est considérée comme une manière d'être dans le monde plutôt qu'un ensemble de méthodes instrumentales, alors peut-être que la relation est encore plus importante. Après tout, les relations concernent principalement la façon dont nous sommes avec une autre personne ou d'autres personnes. La pleine conscience nous guide dans la manière d'être profondément présent avec nous-mêmes et avec les autres » (Traduction libre de Hick et Bien, 2008, p.50-51).

En vue d'identifier une des pièces manquantes du « puzzle », et toujours dans notre entreprise d'éclairer la complexité du phénomène, nous porterons une attention particulière au phénomène d'intersubjectivité qui sous-tend la relation thérapeutique. Nous accorderons donc une importance considérable au fait de comprendre l'intersubjectivité comme un sous-système (mouvement dialogique composé d'un ensemble de relations) qui interagit avec d'autres systèmes qui composent la société.

3.2.6 Le regard sur la science

Nous souhaitons faire la démonstration de la potentialité de la PC dans la compréhension de la complexité de l'expérience humaine. À travers l'analyse des discours scientifiques, nous allons donc montrer d'autres formes de conceptualisations et de recours à la PC. De manière plus générale, notre question est la suivante : considérant la complexité des traumas et le pouvoir de la PC comme mode d'intervention, comment notre compréhension de cette dernière peut-elle dépasser les aspects strictement physiologiques et comportementaux ? Notre démarche sera fortement inspirée de la méthode utilisée par Ehrenberg (2018) dans la *Mécanique des passions* qui est essentiellement caractérisée par une déconstruction du discours scientifique qui marque le champ de recherche des neurosciences cognitives (principal paradigme des recherches sur la PC). À l'instar de la démarche de l'auteur, nous allons examiner les connaissances issues de ce champ de recherche afin de sonder les croyances et les valeurs qui forment les systèmes de pensée qui les étayent implicitement. Nous croyons qu'une analyse du discours scientifique peut éclairer les enjeux de connaissance liés à la complexité de cette pratique. Notre objectif est de repérer, d'évaluer et de synthétiser ces écrits en vue de répondre à nos questions de recherche.

3.3 Collecte de données : recension des écrits, échantillons et corpus d'auteur

Depuis quelques années nous sommes immergés dans la littérature sur cette thématique, ce qui nous a progressivement permis d'identifier les sources documentaires adaptées à notre objet de recherche. La recension des écrits nous a permis de bien cerner les contours de notre problème tout en nous permettant de développer une compréhension claire

et précise de ce qui a été dit sur la pratique de la PC en santé mentale jusqu'à maintenant. Comme cette littérature est vaste et riche, de manière générale les critères suivants ont guidé le traitement de l'information : pertinence et précision des thèmes abordés, notoriété des auteurs et des chercheurs en lien avec leur expertise sur le sujet et l'année de publication. Suivant la recherche documentaire, les principaux textes retenus ont été soumis à une lecture critique. Ils ont été résumés et retranscrits sous la forme de fiche de lectures puis analysés selon les principales idées récurrentes qui ont émergé. Ils ont ensuite été synthétisés afin d'être mis en relation avec l'objectif du mémoire. Les résultats ont été mis en perspective avec les autres données de la documentation scientifique afin d'être intégrés dans notre travail final (Fortin et Gagnon, 2016, p.74).

3.3.1 Corpus d'auteur (Information empirique) et pleine conscience

Comme nous l'avons dit, ce travail s'inscrit en continuité avec un essai synthèse complété dans le cadre d'une maîtrise en intervention en toxicomanie amorcée il y a cinq ans. Le développement de notre corpus s'étend donc sur plusieurs années. Notre travail précédent visait à documenter les enjeux liés à l'importance de la pratique personnelle de PC chez les instructeurs de PC et sur leurs interventions auprès de clients. À cette époque, le corpus a principalement été conçu de livres et d'articles scientifiques issus des neurosciences cognitives, des thérapies cognitives et comportementales de la troisième vague et de la médecine intégrative. Il a été développé à partir de nos connaissances sur le sujet et à l'aide des moteurs de recherche de la bibliothèque de l'Université de Sherbrooke ainsi que Pubmed et Psycinfo. Des échanges itératifs auprès du directeur et de collègues nous ont permis valider la pertinence des sources documentaires tant au niveau du contenu que de la forme.

Le développement du corpus pour le travail actuel a été poursuivi à partir du corpus initial. Comme nous l'avons vu, il apparaît que les principaux arguments présentés pour défendre scientifiquement la pratique de PC dans le domaine de la santé mentale (et qui caractérisent l'essentiel de la littérature scientifique sur le sujet) sont des arguments neurologiques et comportementaux, arguments qui semblent essentiellement s'inscrire dans un paradigme individualiste et positiviste. Par le biais d'une revue de littérature portant la PC, nous souhaitons montrer les principaux éléments qui s'avèrent centraux dans la recherche sur

le sujet. Comme indiqué par le tableau suivant, les recherches portant sur l'utilisation de la PC en milieu clinique sont en expansion fulgurante depuis une vingtaine d'années.

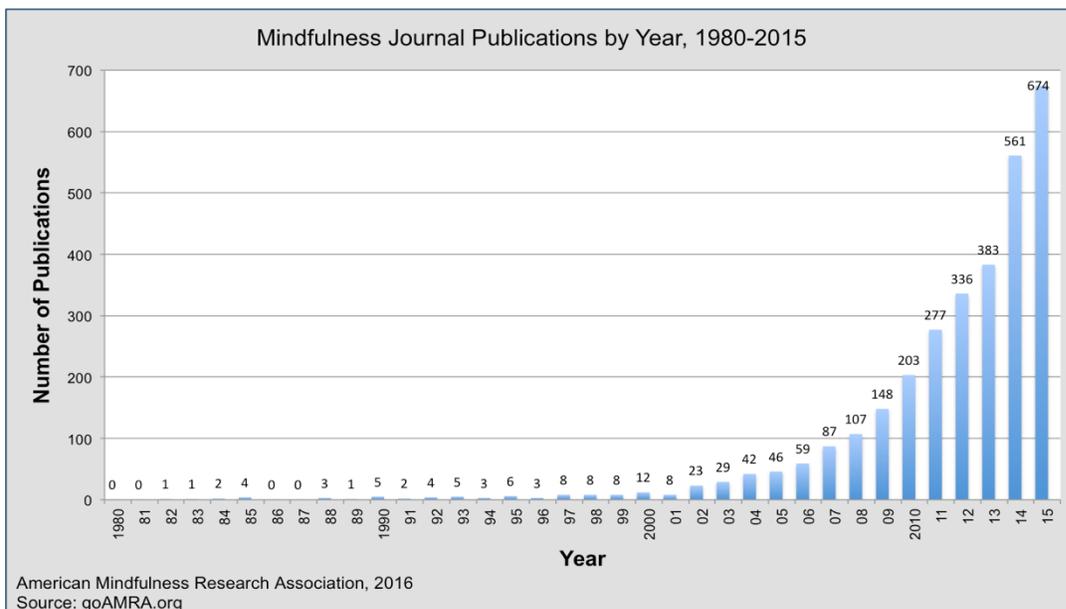


Figure 1. Nombre de publications pleine conscience

Compte tenu de l'ampleur du corpus scientifique sur la PC, nous avons choisi pour cette partie de ne pas procéder de façon systématique. Notre stratégie de recherche a essentiellement consisté à repérer les publications qui nous semblaient pertinentes en fonction des critères présentés ci-dessus (pertinence et précision des thèmes abordés, notoriété des auteurs et des chercheurs en lien avec leur expertise sur le sujet et l'année de publication).

Les principaux textes et auteurs qui ont guidé notre réflexion sont les suivants. Les textes de Kabat-Zinn (2003 et 2009) sont des éléments essentiels de notre corpus, notamment quant aux aspects biologiques et médicaux de cette pratique. Considérer comme une figure importante dans le phénomène de l'avènement PC en Occident, Kabat-Zinn est le fondateur du programme (MBSR) et initiateur des premières recherches portant sur la PC en Occident. Les textes de Segal et al. (2006), fondateurs du programme de (MBCT) ont aussi façonné notre compréhension de la pratique de PC du point de vue des thérapies cognitives. Davidson (neuroscientifique et auteur) et Golman (docteur en psychologie, journaliste scientifique et auteur) qui ont aussi participé progressivement à donner le coup d'envoi à cette pratique en occident (Grégoire et al., 2016, p.33-34) et qui sont encore aujourd'hui des acteurs clés

(Davidson et Golman, 2017), ont grandement participé à notre compréhension du phénomène du point de vue des neurosciences.

Grégoire et al. (2016) nous offrent un précieux compte rendu de l'état des connaissances théoriques, empiriques et pratiques, liées à cette pratique. En tant que collectifs d'auteurs portant respectivement sur le lien entre la PC et le travail social ainsi que la PC et la relation thérapeutique, les ouvrages de Hick (2009) et Hick et Bien (2008) sont aussi à la base de notre travail. Les travaux de Siegel (2006, 2009 et 2010), professeur, chercheur et psychiatre, connus pour ces travaux sur la PC et la neurobiologie interpersonnelle, sont également des éléments clés dans la composition de notre corpus. S'ajoute à notre corpus un grand nombre d'auteurs et chercheurs (ex. : Heeren, A. (2011), Khoury, B. (2013 et 2015) et Skanavi, S., Laqueille, X. et Aubin, H. J. (2011)) qui participent à alimenter notre questionnement.

3.3.2 Corpus (Information empirique) et trauma

Nous avons procédé de façon similaire pour notre revue de littérature sur la thématique et le développement du corpus en lien avec le trauma. Au travers de multiples lectures de livres et d'articles scientifiques, nous nous sommes immergés dans ce corpus et avons tenté de faire ressortir les textes les plus éloquentes et les éléments qui semblaient les plus pertinents et significatifs pour notre démarche. Les travaux de Godbout, Bigras et Dion (2016), Godbout, Girard, Milot, Collin-Vézina et Hébert (2018), Van der Kolk (2005 et 2014), Follette (2015), Norcut (2016), Herman (1997), Treleaven (2018) et Miller (1979 et 2004) ont initialement guidé nos recherches. Ces auteurs nous ont ouvert la voie vers un large éventail de travaux scientifiques : Schiraldi (2009), Godbout et Briere (2012), Milot, Collin-Vézina et Godbout (2018), Afifi et al. (2014), Felitti et al. (1998) ainsi que Poole, Dobson et Pusch (2018).

La majorité des auteurs qui composent ce corpus sont issus de la psychiatrie et de la psychologie. Plus précisément, les domaines de l'attachement, de la violence interpersonnelle et des mauvais traitements s'avèrent centraux dans notre compréhension du trauma. La base de notre réflexion en lien avec la thématique du trauma est fortement caractérisée par l'idée selon laquelle les difficultés rencontrées par un individu ou un groupe d'individus (les

symptômes) sont directement liées à un problème plus général dont l'environnement est porteur. Le réseau relationnel est par exemple prioritaire pour la compréhension des symptômes traumatiques. Il semble que les individus sont souvent marqués par des « blessures relationnelles » et ces blessures pourront souvent être apaisées par « des relations saines et constructives ».

Selon la théorie de l'attachement, la base psychologique (et biologique) des capacités relationnelles et émotionnelles est établie dans l'enfance (Siegel, 2009b). Le développement de liens affectifs adéquats avec les figures parentales est considéré comme l'élément central qui permet aux individus de se développer de façon favorable à leur bien-être émotionnel et relationnel. Notons que selon la théorie de l'attachement, les enfants qui évoluent dans un environnement favorisant des liens d'attachement « sécure » (relation stable) dès le plus jeune âge (notamment prélinguistique) ont davantage de chance de devenir des adultes stables et équilibrés sur les plans émotionnels et relationnels et par conséquent dans l'ensemble de leur vie (Siegel, 2009b). À l'inverse, les relations d'attachement problématiques (chaotique, violente, etc.) semblent nuire considérablement, et tout au long de leur vie, à la stabilité et au bien-être des individus. Au cours du XXe siècle, les problèmes émotionnels et relationnels des enfants semblent avoir été fortement attribués à des pratiques parentales inadéquates pour ensuite avoir été attribués à la structure génétique. Notons au passage qu'aujourd'hui il semble généralement admis que les capacités émotionnelles et relationnelles des individus soient le résultat d'interactions entre culture (relation, éducation, etc.) et nature (bagage génétique) (Golman, 2006).

Depuis une vingtaine d'années, les recherches sur les traumatismes complexes ne cessent de démontrer les effets délétères des expériences d'adversités subies dans l'enfance (ACE), notamment sur le développement de l'individu, ainsi que le taux de prévalence flagrant et alarmant de ce type d'expériences. Les études portant sur les « Adverse Childhood Experiences study » (ACE's), menées par Felitti (1999) à la fin des années 90, semblent avoir clairement démontré que les enfants maltraités ne se développent pas normalement (Felitti, 1999). L'étude ACE a été initialement menée par l'organisation américaine de maintien de la santé « Kaiser Permanente et les Centers for Disease Control and Prevention ». De 1995 à

1997, plus de 17 000 sujets ont été interrogés sur les événements marquants de leur enfance ainsi que sur leur santé et leur comportement actuel. Il a été montré que les enfants maltraités doivent mettre de l'avant différentes stratégies d'adaptation qui pourront s'avérer très nuisibles tant sur le plan de la santé physique que mentale, tout en ayant des conséquences importantes sur le plan social (Felitti, 1999). Nous reviendrons de façon détaillée sur ces conséquences dans la section sur le trauma. Contentons-nous ici de souligner que le champ d'études portant sur les ACE's est un élément central de notre cadre théorique.

3.3.3 Corpus (Information empirique) intersection entre trauma et pleine conscience

Nous avons ensuite procédé à une synthèse systématique des données scientifiques portant sur la PC et le trauma en vue de bien comprendre comment la recherche en lien avec la PC et le trauma a évolué au cours des 15 dernières années. Notre but n'est pas directement de comprendre ce que la science peut avancer quant à l'efficacité des traitements basés sur la PC pour les survivants de traumatismes. Nous cherchons plutôt à comprendre la nature des arguments que les scientifiques utilisent pour démontrer la valeur scientifique de cette pratique dans le traitement des symptômes associés au trauma. Notre revue systématique de littérature vise à identifier le type de preuves qui est généralement recherché par les scientifiques modernes pour valider l'efficacité d'une intervention. Rappelons que notre hypothèse est que la complexité de la pratique de PC (individuelle, relationnelle et sociale), ainsi que celle du trauma, se trouvent assimilées à une compréhension des effets essentiellement physiologique (mécanismes cérébraux) et comportementale qui leurs sont potentiellement attribuables. L'exemple de la PC comme permettant le développement d'une manière d'être favorable aux survivants de trauma, puisqu'antithétique aux principaux symptômes de leurs blessures, est utilisée pour dépasser ce type compréhension réductrice.

En vue de comprendre ce qui ressort de la littérature scientifique portant sur le lieu d'intersection entre trauma et PC, nous avons procédé à une recherche via le moteur de recherche proposé par le site *Psycinfo*. Afin de préciser les articles qui feraient l'objet de notre analyse et limiter leur nombre, nous avons conduit une recherche avancée, restreinte aux articles révisés par les pairs, avec les termes *trauma* (dans tous les champs) et *mindfulness*

(dans tous les champs). Cette recherche a permis de faire ressortir 294 résultats qui ont ensuite été classés en trois catégories en fonction de leurs niveaux de pertinence. 38 articles ont été retenus dans la première catégorie puisqu'ils étaient directement adaptés à l'objet de notre recherche. Comme l'EE, la régulation émotionnelle ainsi que la relation thérapeutique étaient préalablement ressortis de notre analyse comme étant les thèmes les plus significatifs pour saisir et comprendre le lieu d'intersection entre trauma et PC ainsi que pour élargir notre compréhension du phénomène, les articles retenus dans la première catégorie portent spécifiquement et explicitement sur ceux-ci. Les articles où ces thèmes étaient abordés de façon secondaire (non centrales) ont été classés dans la deuxième catégorie tandis que ceux où ces thèmes n'étaient pas abordés ont été classés dans la troisième catégorie.

3.4 Analyse et déconstruction du discours scientifique : information théorique

La discipline du travail social, souvent caractérisée par le schème structurel, cherche à « saisir les mythes et les cultures observés » (Harper et Dorvil, 2013, p.103). Elle se doit d'être critique à l'égard des idéologies dominantes en évitant d'être aveuglée par les ornières réflexives qui peuvent les caractériser. Suivant cette logique, nous proposons une analyse structurelle du phénomène de la PC dans le monde de la santé mentale en Occident. Afin de « saisir les mythes et les cultures » qui caractérisent l'avènement de la PC en Occident, notre objectif est notamment de mettre de l'avant une réflexion sur les processus sociaux qui caractérisent l'émergence du phénomène de la PC dans le milieu de la santé.

3.5 Démarche et objet

Notre démarche s'articule principalement sur deux axes de réflexion : les informations empiriques qui ressortent de la documentation scientifique en lien avec la PC et le trauma dans le champ de la santé mentale ainsi que les informations théoriques essentielles à une lecture critique basée sur une analyse et déconstruction du discours scientifique portant notamment sur la place occupée par la PC dans le traitement du trauma. Cette démarche a permis de regrouper les données principales issues de la documentation scientifique sur le sujet. Nous avons aussi identifié certaines idées maîtresses récurrentes au sein des différents corpus

étudiés. Nous avons eu la chance de recueillir des informations composées de plusieurs éléments dont la subtilité des nuances pourrait échapper à une approche strictement quantitative. Les propos suivants illustrent bien notre démarche.

« L'analyse qualitative est une activité fascinante. À l'entrée, une masse imposante de données brutes — notes de terrain, transcriptions d'entrevues, documents divers —; à la sortie, une description et une analyse minutieuses d'un phénomène savamment questionné. Entre les deux, une activité longue et patiente d'interprétation passant par une série de procédés précis, une suite de réflexions, de remises en question, de découvertes et de constructions toujours plus éclairantes, toujours mieux intégrées » (Paillé, 1994, p.147).

Sans vouloir nous perdre dans une réflexion philosophique portant sur la différence possible entre l'expérience concrète en elle-même et la signification qui peut en être abstraite, concluons ce chapitre en soulignant que la PC en tant qu'elle vise à saisir l'expérience vive, s'apparente à l'analyse par théorisation ancrée en tant que réflexion et interaction en mouvement. En plus des avantages d'ordre strictement méthodologique, notre méthode a donc permis de nous inscrire en adéquation avec la logique de notre thématique.

Suivant les propos qui précèdent, nous émettons l'hypothèse que la PC peut permettre de développer une manière d'exister bénéfique aux survivants de trauma, puisqu'antithétique à leurs principaux symptômes. Afin de dépasser la compréhension de la PC essentiellement basée sur des techniques d'intervention spécifiques ayant pour but de permettre aux clients d'apprendre à entraîner leur esprit et à développer de nouveaux circuits cérébraux, il serait pertinent de chercher à comprendre quelle est la véritable portée de la PC en intervention. Plutôt que de chercher à illustrer les éléments centraux, notamment les mécanismes cérébraux, en ce qui concerne les techniques spécifiques d'intervention liées à la PC comme le fait la majeure partie de la littérature sur le sujet, nous chercherons plus spécifiquement à comprendre comment la pratique de PC, comme manière d'être avec soi et avec l'autre, peut s'inscrire dans le processus thérapeutique afin d'aider les survivants de trauma.

La section qui suit vise à présenter les principaux résultats de notre recherche. Afin d'offrir une description détaillée des principaux thèmes à l'étude, nous avons regroupé ceux-ci en trois sections principales : PC, trauma ainsi qu'interaction entre PC et trauma. Les

recherches issues des perspectives théoriques liées aux neurosciences, aux thérapies cognitives comportementales de la troisième vague ainsi qu'à la médecine intégrative serviront à illustrer globalement les principales connaissances en lien avec la «Science of Mindfulness» (Siegel, 2013). Pour ce qui est spécifiquement du trauma, nous proposerons une définition intégrale du concept, nous aborderons la question des expériences d'adversités subies dans l'enfance (ACE). Les effets des traumas complexes ainsi que le thème du traumatisme en tant que blessures relationnelles s'inscriront ensuite au cœur de notre réflexion. Finalement, à partir d'une revue systématique de la littérature, le lien entre la PC et trauma sera approfondi au travers les thèmes d'EE, de dissociation et de régulation des émotions. En vue de retrouver une des pièces manquantes de l'équation et d'ouvrir une réflexion sur la complexité de la pratique PC chez les survivants, nous verrons que la PC, en tant que manière d'être au sein du processus intervention, favorise le développement d'une relation thérapeutique optimal.

Chapitre 4. Résultats

4.1 Pleine conscience et recherche scientifique

La section qui suit vise à interpréter et discuter les différents résultats qui ressortent de notre analyse de la littérature scientifique portant sur la PC. La première partie de cette section réfère aux principaux constats de notre analyse en lien avec la définition de la PC. Nous verrons ensuite la place qu'occupe cette pratique dans le monde thérapeutique. Nous mettrons l'accent sur les niveaux d'intégration de cette pratique en psychothérapie ainsi que les types de traitements basés sur celle-ci qui ont été développés. Les résultats en lien avec les processus psychologiques et les mécanismes d'action seront aussi présentés, puis nous aborderons la question des neurosciences comme paradigme dominant et celle de l'interconnexion entre le corps et l'esprit qui s'avèrent centrales pour bien saisir la complexité du phénomène de la PC. Nous verrons finalement la possibilité de dépasser la tendance réductionniste et individualiste fortement répandue dans le monde scientifique en présentant une compréhension qui tient compte de la complexité de cette pratique.

4.1.1 Définition de la pleine conscience

Tant dans la littérature bouddhiste qu'occidentale, il existe plusieurs définitions de la PC (Khoury et al., 2017). De manière générale, les définitions mettent l'accent sur l'importance d'une conscience ou d'une attention soutenue du moment présent, des attitudes d'acceptation, de curiosité, d'ouverture et de bienveillance (Khoury et al., 2017). Comme nous le verrons plus loin dans ce chapitre, en proposant de s'appliquer à être ouvert, curieux et bienveillant par rapport à sa propre expérience, la PC consiste à incarner une manière d'être globale. Cette dernière est définie par la capacité à demeurer dans le moment présent, à incarner certaines qualités (ouverture, curiosité, patience, non-jugement) ainsi qu'à demeurer dans « l'être » plutôt que dans le « faire » (Kabat-Zinn, 2009). Le contact avec les sensations physiques, le fait d'accepter la réalité telle qu'elle se présente sans vouloir la modifier ainsi que d'entretenir un rapport direct et non interprétatif avec le monde qui s'ouvre spontanément à l'expérience, ressortent généralement comme étant des éléments centraux au sein de la PC (Kabat-Zinn, 2009). Notons aussi que le fait d'accueillir l'expérience avec tolérance et

bienveillance, plutôt qu'aversion ou avidité, est essentiel au sein de cette pratique (Khoury et al., 2017).

Le fait d'approcher la réalité avec une attitude de curiosité et d'acceptation qui est entendue comme une envie d'apprendre de nouvelles choses et de s'ouvrir plus intuitivement à ce qui se manifeste est encouragé par cette pratique (Kabat-Zinn, 2009). Cette disposition à apprendre et à connaître de manière spontanée, en tant que capacité à saisir tel quel ce qui se présente, n'apparaît pas comme un réflexe habituel. En ce sens, il est possible de supposer qu'un certain entraînement, notamment par le biais d'une pratique de PC, peut être favorable au développement de cette capacité. La curiosité, l'ouverture et l'acceptation deviennent ainsi des attitudes qui peuvent être cultivées par la PC (Kabat-Zinn, 2009). Ces mêmes capacités, développées dans le cadre d'un programme basé sur la PC, peuvent par exemple conduire vers une meilleure compréhension des pensées et des émotions envahissantes et difficiles à tolérer. Par conséquent, une flexibilité liée à celles-ci ainsi qu'une maîtrise des réflexes qui y sont associés peut se développer (Skanavi et al., 2011).

4.1.1.1 Méditation et pleine conscience

Le concept de PC⁷, traduction francophone de *Mindfulness*, peut être compris comme un type de méditation sans toutefois s'y réduire. De manière très générale, la méditation peut être entendue comme le fait de diriger délibérément l'attention sur un objet ou un autre. La méditation peut prendre la forme d'une pratique contemplative (réflexion sur un thème, prière, récitation, etc.) ainsi que d'une pratique de concentration soutenue ou l'on tente par exemple de s'unifier avec une dimension ou une autre de notre expérience (corps, images, états d'esprit, etc.) (Kornfield, 2019). Or, pour bien comprendre la signification de la PC comme type de méditation, il est important de souligner qu'elle est un mouvement de retour vers l'expérience. En ce sens, elle est plutôt un acte de métacognition qu'un acte « d'attention pure » (Hussain, 2015). Il s'agit essentiellement d'un acte de retour vers soi qui consiste à sortir de l'immédiateté de l'expérience et à revenir ainsi à soi sur le plan métacognitif.

⁷ Nous aurions aussi pu choisir *présence attentive* ou *pleine présence* comme traduction du terme *mindfulness*. Notre choix s'est arrêté sur le terme *pleine conscience* simplement puisqu'il semblait plus fréquemment utilisé.

Le mot *Mindfulness* est la traduction du mot pali « sati » qui signifie se remémorer. Il s'agit en quelque sorte d'un exercice (ou d'un état) de remémoration constant qui nous permet de porter attention au moment présent et au fait que nous y sommes ancrés.

« To begin to understand the faculty of sati, it is useful to know that as a cognate of the verb sarati, meaning 'to remember', sati is associated with memory. What remembering and mindfulness have in common is the mental activity of holding something in awareness. (...) The overall impression from the suttas is that the faculty of sati as a capacity for being aware is an important mental state that is evoked or developed through particular practices. Because they set up or establish awareness, these practices can be called "practices of sati," "awareness practices," or "practices for establishing awareness » (Fronsdale, s.d.).

La PC s'exerce traditionnellement sous la forme de quatre dimensions de l'expérience : pleine conscience du corps, des sentiments, de l'esprit (phénomène de la conscience) et des objets de l'esprit (Nhat Hanh, 2006). Notons qu'historiquement la PC correspond à la troisième qualité de l'esprit suggérée par le Bouddha. Il s'agit aussi du chemin qui nous ouvre vers la sagesse (Goldstein, 2013, p.27).

4.1.2 Pleine conscience et psychothérapie

Selon Shapiro et Carlson (2017), on peut distinguer trois niveaux d'intégration de la PC en psychothérapie : (1) intervenir de façon pleinement consciente, peu importe le modèle théorique (2) enseigner la PC de façon implicite en utilisant un modèle théorique qui inclue la pratique de PC sans que celle-ci en soit la base (ex. ACT) et (3) enseigner la PC de façon explicite, c'est-à-dire en utilisant un modèle d'intervention basée sur la PC (ex. *Mindfulness Based Stress Reduction* : MBSR, *Mindfulness Based Cognitive Therapy* : MBCT, *Mindfulness Based Relapse Prevention* : MBRP). Dans les trois cas, la pratique personnelle de PC semble essentielle puisqu'elle permet à l'intervenant de développer les attitudes et compétences qui façonnent ce type d'intervention. Les auteurs suggèrent qu'une pratique personnelle d'une durée minimum de six mois est requise pour les trois niveaux, à laquelle s'ajoutera l'utilisation de différentes méthodes pour les deux derniers niveaux (Shapiro et Carlson, 2017).

4.1.2.1 Pleine conscience et thérapies cognitives comportementales de la troisième vague

Au cours de ce travail, un accent particulier est mis sur l'utilisation de la PC dans le monde de la psychothérapie. Notons que la majorité des traitements thérapeutiques basés sur la PC semblent être issus du domaine des thérapies comportementale et cognitive (TCC) dites de la troisième vague. Il est toutefois possible d'amener une distinction importante entre les pratiques d'orientation cognitiviste (surtout les TCC de la première et deuxième vague) et les pratiques basées sur la PC en intervention. Selon Devault (2014), les premières sont centrées sur les pensées et elles ont tendance à vouloir exercer un certain contrôle sur celles-ci. Elles ont aussi généralement tendance à vouloir éliminer la souffrance. Les deuxièmes proposent une approche expérientielle globale (incluant le corps) qui permet de s'ouvrir avec bienveillance aux pensées, émotions et sensations déplaisantes, sans y réagir de façon automatique et avec aversion. Le processus de « défusion » cognitive (percevoir les pensées comme des événements mentaux transitoires sans s'identifier à elles) y est proposé comme un moyen permettant de mieux vivre avec les ruminations mentales qui peuvent causer un stress (Devault, 2014). De manière générale, les thérapies basées sur la PC encouragent une posture d'ouverture et d'acceptation face à la réalité, aussi déplaisante soit-elle, de façon à contrer le mouvement plus ou moins naturel d'évitement de ce qui est inconfortable ou déplaisant (Kabat-Zinn, 2009).

Il est aussi important de souligner une distinction entre état de « pleine conscience » et « pilote automatique » ou « absence de conscience ». Le pilote automatique renvoie à un mode « faire » qui consiste à adopter un mode de vie ou type d'expérience essentiellement défini par les pensées et basé sur les connaissances, sur les règles et sur les automatismes (Kabat-Zinn, 2009, p.80-81 et p.736-737). Fortement répandue aujourd'hui dans la société en général, ce type d'expérience pourrait avoir pour effet de développer une intolérance aux expériences désagréables, de conduire vers l'identification à celles-ci et d'accorder plus d'importance aux histoires racontées sur le passé et le futur (anticipations et regrets) qu'à l'expérience du moment présent.

En *pilotage automatique*, l'utilisation des ressources attentionnelles ainsi que notre niveau de conscience dans l'accomplissement de certaines actions seraient diminués (Langer

et Moldoveanu, 2000). L'expérience serait souvent ressentie comme insatisfaisante et devant être modifiée et les capacités de tolérance ou d'acceptation seraient atrophiées. Cet état de conscience diminué (pilote automatique) semble générer plusieurs effets négatifs sur la santé mentale et physique (stress, risque d'erreurs ou d'accidents, etc.) (Langer et Moldoveanu, 2000, p. 2-3). Afin de développer des capacités opposées à ce dernier, les interventions basées sur la PC proposent une méthode offrant la lucidité nécessaire permettant de sortir du « pilote automatique » en s'ouvrant à la réalité et en l'acceptant telle qu'elle se présente.

« Les IBPA [interventions basées sur la présence attentive] sont dites contemplatives, car elles tendent à développer l'habileté à centrer son attention intentionnellement sur le moment présent et à composer avec son expérience de façon ouverte, sans jugement et avec acceptation. En d'autres mots, faire preuve de présence attentive réduirait la tendance à être « sur le pilote automatique », permettant d'observer d'abord, pour assurer ensuite des réponses plus flexibles et adéquates aux situations vécues et favoriser une meilleure santé psychologique » (Grégoire et al., 2016, p.71).

Avec la pratique de PC, les actions deviennent conscientes, l'expérience est vécue comme étant plus vaste que les simples pensées et le présent devient une dimension privilégiée. En opposition à un « savoir-faire », le mode de PC qui peut être entendu comme « savoir-être » est celui qui est proposé au sein des interventions basées sur la PC. L'intervenant comme le client est progressivement amené à adopter cette posture.

Parmi les principaux traitements thérapeutiques basés sur la PC se trouvent les suivants : programme de réduction du stress basée sur la pleine conscience (MBSR), thérapie cognitive basée sur la pleine conscience (MBCT), programme de prévention de la rechute basée sur la pleine conscience (MBRP), thérapie comportementale et dialectique (DBT). Nous nous contenterons ici de présenter brièvement les trois premiers programmes. Ces programmes et traitements consistent en un mélange de psychoéducation en lien avec la pratique de méditation standard et de pratiques adaptées visant à prendre conscience de son expérience vécue dans son ensemble ainsi que de ses capacités d'attention et d'acceptation. On n'y travaille aussi la régulation des pensées et des émotions ainsi que certaines habitudes de vie en lien avec des enjeux spécifiques ciblés par ces programmes et traitements.

4.1.3 Processus psychologique et pleine conscience

Constatant un engouement pour certaines pratiques en lien avec l'observation de soi et l'attention portée à l'expérience vive, notamment dans le domaine des TCC de la troisième vague et de la médecine, plusieurs chercheurs tentent de cerner la nature de ces pratiques afin de comprendre les principaux mécanismes et processus qui caractérisent l'utilisation de PC dans le domaine de la santé (Heeren, 2011). Bien qu'il puisse être intéressant de constater que la pratique de PC arrive à réduire certains symptômes, il semble qu'un enjeu majeur de la recherche soit d'examiner rigoureusement par quels processus elle y arrive. « Examiner de manière plus fine la validation du modèle thérapeutique de changement sous-tendant ces interventions constitue sans nul doute un des défis pour le développement futur de la pleine conscience » (Heeren, 2011, p.22). Afin de faire ressortir les sphères dans lesquelles la PC s'est montrée efficace, l'étude des résultats de méta-analyses quantitatives qui se sont penchés sur la question s'avère essentielle.

4.1.3.1 Autorégulation de l'attention et orientation vers l'expérience

À la lumière des résultats de plusieurs méta-analyses quantitatives, l'autorégulation de l'attention et l'orientation vers l'expérience seraient des capacités qui apparaissent de façon centrale dans le développement de la pratique de PC (Bishop et al., 2006 ; Heeren, 2011). L'efficacité de la PC pourrait être associée à un comportement essentiellement caractérisé par deux capacités relatives à l'attention: (1) aptitude à prendre conscience du fait que l'attention est distraite, pour ensuite la retirer de son objet de distraction et la diriger vers un objet souhaité et (2) aptitude à reconnaître que les pensées générales et abstraites tendent à attirer notre attention et, par le fait même, à être en mesure d'accueillir et d'observer celles-ci sans opposition (Heeren, 2011). De manière générale, le développement de ces aptitudes permet de rediriger l'attention vers les aspects spécifiques et concrets de l'expérience actuelle. Ces capacités auraient été démontrées efficaces pour la réduction des symptômes liés à la santé physique et mentale et une modification de certaines régions du cerveau serait corrélée à celles-ci (Heeren, 2011).

La pratique de la PC conduirait aussi vers le développement de la capacité à se remémorer des souvenirs précis en lien avec sa propre expérience ainsi qu'à fixer des objectifs

précis par rapport à son avenir, permettant ainsi d'éviter les ruminations mentales excessives en lien avec le passé ou l'avenir (Heeren, 2011). Les ruminations mentales étant en cause au sein de plusieurs troubles émotionnels, la PC serait notamment efficace puisqu'elle conduirait à une diminution de ces ruminations (Heeren, 2011). Par exemple, le programme MBCT aurait pour principal objectif d'amener les participants à cultiver un rapport particulier aux principaux symptômes dépressifs (pensées et émotions négatives) contribuant au maintien de leur état (Heeren, 2011 ; Segal et al., 2016)). La capacité à diriger son attention sur son expérience actuelle ainsi que la capacité à accepter celle-ci dans son ensemble conduirait progressivement les participants à sortir du cercle vicieux des affects négatifs en lien avec la dépression.

Il est important de noter que les résultats issus de la recherche scientifique n'offrent pas une compréhension définitive et spécifique des mécanismes d'action qui sont associés à la PC (Heeren, 2011). Heeren (2011) se demande ainsi si les mécanismes d'actions en lien avec le phénomène de PC sont propres à ce phénomène, s'ils sont spécifiques (ou s'ils étaient eux-mêmes composés d'autres mécanismes plus spécifiques encore) et s'ils sont mutuellement impliqués les uns dans les autres. En vue d'offrir une conceptualisation plus précise de ces mécanismes, l'auteur suggère que ceux-ci seraient essentiellement liés à l'attention, notamment à la capacité de la contrôler et de la diriger sur les aspects bénéfiques à notre bien-être (par exemple sur les aspects spécifiques et concrets de notre expérience actuelle). Selon cette hypothèse, le développement de la capacité à diriger notre attention sur certains éléments de notre expérience éviterait d'entretenir d'autres éléments qui pourraient être liés à la persistance d'états émotionnels considérés comme néfastes.

Cherchant à illustrer les éléments centraux en ce qui concerne les mécanismes d'action liés au phénomène de la PC, la démarche d'Heeren (2011) s'attache aux aspects purement mécaniques du phénomène et s'éloigne de toute forme d'intuition relativement à la complexité de celui-ci. Constatant que plusieurs auteurs ont tendance à demeurer relativement flous en ce qui concerne les mécanismes d'actions, l'article de Heeren (2011) est toutefois intéressant dans la mesure où il propose une analyse rigoureuse de la recherche sur le sujet, notamment avec la présentation de plusieurs méta-analyses. Il permet de préciser les mécanismes d'action

et de bien comprendre où en sont les recherches à ce niveau. Le danger est par contre ici de réduire la complexité du phénomène de la PC à des mécanismes très précis et ainsi occulter certains éléments qui demeurent jusqu'à présent inaccessibles du point de vue scientifique, mais qui pourraient tout de même participer à notre compréhension du phénomène.

4.1.3.2 Mécanismes d'actions

Allant dans le même sens, Skanavi et al. (2011) suggèrent que le concept de PC peut être défini en distinguant deux éléments centraux : la capacité de diriger son attention sur son expérience actuelle ainsi que la capacité à accepter celle-ci dans son ensemble (Skanavi et al., 2011, p.380). La première capacité permettrait d'éviter les préoccupations liées au passé ou à l'avenir, tandis que la seconde conduirait vers le constat que les aspects déplaisants de notre vécu (pensées ou émotions difficiles) peuvent être tolérés, qu'ils sont impermanents et observables, et qu'ils ne représentent pas nécessairement la réalité (Skanavi et al., 2011, p.381). Les mécanismes en action dans la gestion du stress et d'autres symptômes psychiatriques, par la pratique de PC, semblent être corrélés avec les aptitudes suivantes : une maîtrise des pensées et des émotions plus accrues, une flexibilité liée à celles-ci, une meilleure connaissance des objectifs ainsi qu'une capacité à accueillir les aspects déplaisants de sa propre expérience (Skanavi et al., 2011, p.380). Ces auteurs soulignent aussi que de manière générale, à la différence des TCC classiques, les thérapies qui utilisent la pratique de PC recherchent un rapport viable aux émotions et aux pensées plutôt qu'une restructuration de ceux-ci (Skanavi et al., 2011).

Eu égard au fondement de cette pratique, les interventions liées de façon plus ou moins directe à la PC nécessitent une présence à soi et à l'autre, soutenue et dénuée de jugement, chez l'intervenant. On dira qu'une attitude d'ouverture et de curiosité face à l'entièreté de l'expérience subjective et intersubjective, devra guider l'intervention (Segal et al., 2016) et on encouragera l'intervenant, comme le client, à tolérer autant les affects difficiles que ceux qui sont agréables ainsi qu'à progressivement aborder l'ensemble de l'expérience avec l'intérêt d'un observateur extérieur et avec bienveillance. Les idées selon lesquelles « l'attachement » (aux aspects de la réalité perçue comme agréable) et l'aversion (aux aspects de la réalité perçue comme désagréable) peuvent être une des causes de la souffrance, que l'expérience

tend à avoir un caractère changeant (impermanence) et que les pensées peuvent être perçues avec une certaine distance, seront mises de l'avant et apparaîtront comme des outils centraux au sein de ce type d'intervention (Segal et al., 2016).

4.1.4 Pleine conscience et neurosciences : le paradigme dominant

Au début des années 2000, des recherches procédant par imagerie cérébrale auprès de moines qui pratiquent la méditation ont permis de supposer que la pratique de PC permettait de modifier la structure du cerveau et d'optimiser de manière significative certaines capacités associées au bien-être (Davidson et al., 2003). Considérant ces résultats significatifs, plusieurs recherches ont été entreprises et sont venues confirmées certaines de ces hypothèses (Goleman et Davidson, 2017). Dans la dernière décennie, on compterait environ de 200 à 500 publications par année en lien avec le terme de méditation. Cette section vise à illustrer sommairement les principaux résultats issus du champ de recherche des neurosciences qui sont liés à la santé mentale et au bien-être psychologique. Nous verrons comment la pratique de PC peut influencer favorablement la structure de notre cerveau en permettant à certaines régions de s'activer et devenir des traits de comportements neuronaux.

4.1.4.1 Processus psychologiques, mécanismes d'actions et corrélation physiologiques

Comme nous l'avons vu, les processus psychologiques et les mécanismes d'actions comportementaux associés à la pratique de PC peuvent offrir des avantages significatifs dans le traitement de plusieurs aspects de la santé mentale. Par exemple, la recherche scientifique offre des preuves robustes qui montrent les avantages de cette pratique pour le traitement des symptômes de la dépression, de l'anxiété et du stress (Ngô, 2013 ; Grégoire et al, 2016 ; Goleman et Davidson, 2017). En plus des processus psychologiques et des mécanismes d'actions comportementaux, l'identification des processus cérébraux corrélés à la pratique de PC, s'avère centrale dans la recherche sur le sujet (Goleman et Davidson, 2017). Bien qu'un travail historique plus approfondi portant spécifiquement sur l'émergence de la PC en Occident devrait être fait, il est possible de soutenir que ce sont les découvertes des effets sur le cerveau qui ont véritablement propulsé cette pratique dans le monde scientifique occidental en convainquant les plus sceptiques (Goleman et Davidson, 2017).

Il est plausible que l'apparence ésotérique ou spirituelle de cette pratique, ou encore ses racines religieuses ait suscité une certaine résistance dans les milieux scientifiques, résistance que seule des arguments positivistes pouvaient atténuer. Mesurer les effets physiologiques de cette pratique est ainsi apparu nécessaire. Les techniques de neuro-imagerie offrant des résultats de plus en plus précis et en constante évolution depuis quelques dizaines d'années (Guillaume, Tiberghien et Baudouin 2013) se sont avérés tout indiqués à cet effet. Les effets de la PC sur la plasticité cérébrale pouvaient être mesurés et devenaient donc indéniables (Goleman et Davidson, 2017). Que ce soit pour le développement de la capacité à porter son attention sur un objet précis ou celle ne pas réagir à certaines pensées, l'identification de corrélats physiologiques associés à ces comportements est rapidement apparue comme nécessaire à la popularisation de cette pratique dans le monde scientifique.

Il a par exemple été montré que la pratique de PC aidait à réduire les réactions au stress. Les pratiquants de PC présentaient un niveau de fréquence cardiaque et une pression artérielle moins élevés que les non-pratiquants lorsqu'ils étaient soumis à une situation généralement stressante (Ponte et al., 2019 ; Goleman et Davidson, 2017). Il a aussi été montré par le biais des techniques de neuro-imagerie que l'amygdale des pratiquants de PC était moins réactive au stress que celle des non-pratiquants. (Ngô, 2013 ; Goleman et Davidson, 2017). Avec la présentation de plusieurs méta-analyses, Ngô, (2013) a mis en évidence les récentes découvertes des neuroscientifiques en lien avec la pratique de la méditation, plus précisément avec la capacité à entretenir un certain rapport avec notre expérience ainsi qu'à entretenir un état « d'amour bienveillant ». À cet égard, les neuroscientifiques auraient observé une modification de l'activité de plusieurs zones du cerveau, notamment des activités en lien avec la diminution de l'anxiété et de la dépression, la diminution du stress et l'augmentation de la capacité de concentration (Ngô, 2013).

4.1.4.2 La neurobiologie des états et des traits

L'activité du système nerveux est éminemment complexe et la tendance, fortement répandue en neurosciences, à vouloir associer les mouvements de certaines régions spécifiques du cerveau à des états d'esprit afin d'établir une corrélation entre ces phénomènes peut s'avérer réductrice (Hanson et Mendius, 2011, p.25). Or, il semble toutefois que des

recherches basées sur l'imagerie cérébrale tendent à établir de telles corrélations (Hanson, et Mendius, 2011 ; Goleman et Davidson, 2017). Les recherches en neuroscience démontreraient effectivement que les expériences (comportement, relation, humeurs, émotions, etc.) sont associées à des activités neuronales spécifiques qui modifient continuellement la structure de notre cerveau (Ehrenberg, 2018). Une activité neuronale associée à une expérience qui est faite de façon régulière ou répétitive viendra se renforcer et s'activera plus facilement. Cette activité neuronale ainsi que l'expérience associée passera donc d'un état à un trait ou une habitude et sera donc plus propice à être utilisée comme réponse à l'environnement (Goleman et Davidson, 2017). Tant les événements intérieurs (pensées, intentions, émotions, sensations) qu'extérieurs (relation avec les autres et avec les objets), sont susceptibles de susciter des modifications sur l'activité cérébrale. Par exemple, les émotions difficiles liées au stress, comme la peur et l'anxiété, semblent avoir tendance à modifier la structure de notre cerveau de telle sorte que les circuits cérébraux associés à celle-ci soient renforcés (Goleman et Davidson, 2017). Il est possible de croire que ces émotions se manifesteront plus facilement puisque leur support cérébral sera mieux développé (Goleman et Davidson, 2017). Il semble avoir été démontré que la PC est un excellent moyen pour développer des traits de comportement, notamment cérébraux, favorable à la santé mentale (Hanson et Mendius, 2011 ; Grégoire et al. 2016; Goleman et Davidson, 2017).

4.1.4.3 Pleine conscience, neurosciences et approche évolutionniste

Les chercheurs en neuroscience soutiennent qu'un état de veille sans occupation spécifique est souvent accompagné d'un état de vigilance plus ou moins important en fonction des individus (Hanson et Mendius, 2011). Il s'agit du mode par défaut. D'un point de vue évolutif, cette vigilance aurait été maintenue puisqu'elle permettait d'assurer notre survie. Il est assez facile d'imaginer qu'un état de calme, dénué de vigilance face à l'environnement, puisse avoir été dangereux pour nos ancêtres qui faisaient régulièrement face à des menaces mortelles (Hanson et Mendius, 2011). Notre cerveau détecterait donc plus facilement les informations négatives qui l'entourent puisque ces informations ont longtemps été plus propices à assurer notre survie. Les informations positives, le sourire d'un passant ou une odeur agréable, seraient plus facilement mise de côté par le cerveau puisque qu'étant interprété comme ayant peu de valeur sur le plan de la survie (Hanson et Mendius, 2011).

Plus précisément, l'amygdale, dont l'activité est généralement associée à la peur ou à l'anxiété, semble avoir tendance à s'activer plus spontanément que les régions associées aux émotions positives comme le lobe frontal gauche (Hanson et Mendius, 2011). En plus d'être détectées plus facilement, les informations interprétées comme un danger sont emmagasinées plus rigoureusement par la mémoire que les informations neutres ou « positives ». Hanson et Mendius (2011) utilisent la métaphore du velcro pour décrire l'adhérence du cerveau aux émotions négatives et celle du téflon pour sa non-adhérence aux émotions positives. Les recherches en neurosciences portant sur la pratique de PC ont permis de démontrer que cette dernière (c'est-à-dire le simple fait de porter notre attention de façon intentionnelle et sans porter de jugement sur notre expérience) entraînait un changement des habitudes et par le fait même des fonctions cérébrales et permettrait ainsi de déjouer la tendance évolutive du cerveau à accorder plus de valeurs aux expériences négatives et à se laisser marquer de façon plus déterminante par celles-ci (Hanson et Mendius, 2011, p.87 ; Goleman et Davidson, 2017, p.238).

4.1.4.4 Interconnexion entre le corps et l'esprit

Une des grandes découvertes en lien avec la PC et les neurosciences est le fait que l'activité de l'esprit (pensées, intentions, volonté, etc.) peut modifier la structure de notre cerveau, structure qui influencera par la suite nos comportements et ainsi de suite (Kabat-Zinn, 2009 ; Northcut, 2017). En ce qui a trait à la santé mentale, l'idée est qu'une partie de la souffrance humaine provient de notre capacité à détecter le danger en tant que comportement psychologique et physiologique évolutif. Dans le cas du trauma, de l'anxiété, de la dépression ou du stress toxique en général, cette capacité serait exacerbée et inadaptée (du moins à long terme) en nous maintenant dans un état de peur malsain et destructif pour la santé mentale. Cette capacité et son corrélat cérébral s'inter-influenceraient et maintiendraient le trouble de santé mentale. Or, comme nous l'avons vu, avec la PC nous aurions la possibilité de modifier cette tendance en développant par exemple la capacité à accorder une attention dénuée de jugement à l'ensemble de notre expérience plutôt que d'être focalisé sur les expériences ressenties comme désagréables. Le développement de cette capacité aurait pour effet d'augmenter la matière grise dans certaines régions du cerveau tout en stimulant le système nerveux parasympathique ayant pour ainsi pour effet une réduction du rythme cardiaque et

ainsi une sensation de calme et de repos (Hanson et Mendius, 2011). L'individu qui s'exerce à modifier ses habitudes mentales s'exerce aussi à modifier son cerveau et s'approche ainsi du bien-être (Hanson et Mendius, 2011).

Quoique très attrayante dans une société individualiste qui valorise l'autodétermination et l'efficacité, cette description de la PC comme entraînement de l'esprit et du cerveau, est éminemment réductrice et pourrait s'avérer controverser sur les plans empirique et conceptuel.

«The growing mindfulness hype revolves around a particular view of mindfulness meditation as a kind of brain training. At the heart of this trend lies a simple idea with apparently massive appeal: practicing meditation, we are told, literally rewires your brain. It's a catchy idea: train your mind, change your brain. But this idea has its problems, both empirical (as to the strength of the available evidence) and conceptual (as to whether it even makes sense to think of meditation in these terms)» (Lifshitz et Thompson, 2019, paragr. 2).

Sans entrer dans les détails du débat en lien avec la validité des preuves issues des techniques de neuro-imagerie, notons au passage qu'il s'agit de méthodes assez récentes qui soulèvent des questions qui ne font pas consensus dans la communauté scientifique (Lifshitz et Thompson, 2019). Il est par exemple légitime de se demander si ce type de techniques offre des données qui mesurent vraiment de ce qu'elles prétendent mesurer et par le fait même s'il s'agit d'un moyen efficace d'observer des qualités de l'esprit associées à la PC (Lifshitz et Thompson, 2019). Pour ce qui est des enjeux conceptuels, soulignons que même si des liens de corrélation ou même de causalités venaient à être rigoureusement montrés entre la pratique de PC et une activité cérébrale spécifiques, cela ne signifie pas que cette pratique se réduit à cette activité.

«There is more to mindfulness than just adopting a brain state or training a brain pattern. Mindfulness is not an internal cognitive process that maps neatly onto the brain; it's a complex orchestration of cognitive skills embodied in a particular social context» (Lifshitz et Thompson, 2019, paragr.11).

La section suivante vise à mettre de l'avant la complexité de cette pratique notamment au travers ses aspects relationnels et sociaux.

4.1.5 Au-delà de la tendance réductionniste et de l'individualiste

Après avoir longuement présenté les découvertes en lien avec la possibilité et l'importance de développer des nouveaux traits de comportements cérébraux par le biais de la pratique de PC, Goleman et Davidson (2017) proposent la réflexion suivante.

« Nous envisageons un monde où la santé mentale généralisée modifie profondément la société pour le mieux. Nous espérons que les arguments scientifiques que nous présentons ici montrent le potentiel énorme de bien-être durable que nous entretenons avec nos esprits et notre cerveau, et nous sommes convaincus qu'un petit exercice mental quotidien peut grandement contribuer à la culture de ce bien-être. Les signes d'un tel épanouissement incluent une générosité, une gentillesse et une concentration accrues et une division moins rigide entre «nous» et «eux». Compte tenu de l'empathie croissante et de la perspective tirée de divers types de méditation, nous pensons que ces pratiques produiront un plus grand sens de notre interdépendance les uns avec les autres et avec la planète. Lorsqu'elles sont cultivées à grande échelle, ces qualités - en particulier la gentillesse et la compassion - entraîneront inévitablement des changements positifs pour nos communautés, nos nations et nos sociétés. Ces traits positifs altérés ont le potentiel de transformer notre monde de manière à améliorer non seulement notre prospérité individuelle, mais également les chances de survie de notre espèce » (traduction libre Goleman et Davidson, 2017, p.461).

Bien que la pratique de PC soit généralement présentée d'un point de vue individualiste en mettant l'accent sur l'importance d'une modification des comportements individuels et réductionnistes (en insistant par exemple sur les corrélations cérébrales associées à celles-ci), la réflexion de Goleman et Davidson (2017) ouvre la voie vers une compréhension du phénomène d'un point de vue social et complexe. Compte tenu de sa complexité, le phénomène de la PC peut être compris en tant que manière d'être globale (Kabat-Zinn, 2009 ; Segal et al., 2002) ou encore comme « une orchestration complexe de compétences cognitives incarnées dans un contexte social particulier » (Lifshitz et Thompson, 2019, paragr. 11). Suivant notre critique de la tendance réductionniste et individualiste, en tant que trait dominant de la méthodologie proposée par le paradigme des neurosciences cognitives, nous avons choisi de mettre l'accent sur les dimensions incarnée et relationnelle de la PC dans la section suivante.

4.1.5.1 Une manière d'être

Comme nous l'avons vu, les programmes basés sur la PC ont pour principal objectif d'amener les participants à cultiver un rapport particulier aux principaux symptômes (pensées et émotions négatives) contribuant au maintien de leur état.

« L'idée de base est que les patients opèrent un changement radical dans leurs théories implicites ou modèles mentaux, qui structurent leurs relations aux pensées et aux sentiments négatifs [...] le but final du programme MBCT est d'aider les personnes à opérer un changement radical de leur relation aux pensées, aux sentiments et aux sensations corporelles qui contribuent à la rechute dépressive, et de le faire par des changements de compréhension à un niveau profond » (Segal et al., 2002, p.88).

Notons au passage que l'attitude proposée par la pratique de PC dans le domaine de la relation d'aide se distingue radicalement de l'expérience de gestion et d'urgence qui tend à se généraliser dans le monde de la santé. Le développement et le maintien d'une ouverture et d'une présence à soi et à l'autre, d'une bienveillance et d'une capacité à être dans la souffrance ainsi que d'une attitude de curiosité et d'exploration constante en lien avec l'expérience intersubjective, font partie des principaux éléments qui caractérisent la posture d'intervention issue de cette pratique (Thuot-Lepage, 2016). Allant aussi en ce sens, Kabat-Zinn soutient que la PC semble être d'abord et avant tout une manière d'être qui doit être cultivée par une ascèse constante consistant essentiellement en un engagement à s'habiter soi-même.

« Mindfulness meditation is not simply a method that one encounters for a brief time at a professional seminar and then passes on to others for use as needed when they find themselves tense or stressed. It is a way of being that takes ongoing effort to develop and refine» (Kabat-Zinn, 2003, p.149).

4.1.5.2 Pleine conscience incarnée

Pour Kabat-Zinn, la pratique de PC en médecine s'inscrit directement dans le champ des approches intégratives. Un des objectifs principaux de la médecine intégrative est d'amener les patients à se questionner sur le rôle de l'esprit dans la santé et la maladie (Kabat-Zinn, 2009, p.277). La pratique de PC est ainsi guidée par le principe selon lequel le corps et l'esprit sont essentiellement unifiés.

« Peut-être que le développement le plus fondamental en médecine comportementale est-il la reconnaissance que nous ne pouvons plus penser la santé en nous limitant à une caractéristique du corps ou de l'esprit, car le corps et l'esprit sont interconnectés. Cette nouvelle vision reconnaît l'importance centrale du processus de la pensée en termes de *totalité* et *d'interconnexion*, ainsi que la nécessité de porter attention aux interactions entre l'esprit, le corps et le comportement dans les efforts faits pour comprendre et traiter la maladie » (Kabat-Zinn, 2009, p.278).

Le dialogue au sein de la relation thérapeutique entre le médecin et le client, visant à renforcer le pouvoir d'agir de ce dernier, est aussi un élément clé du processus d'apprentissage de la PC (Kabat-Zinn, 2009, p.278). Kabat-Zinn suggère l'idée qu'entretenir un état de conscience ou de perception « spontanée » qui engage une vision des choses telles qu'elles le sont vraiment en tant que totalité, plutôt que teintée par nos préjugés ou pour leur fonction utilitaire (tel que nous avons l'habitude de le faire), nous ouvre sur un monde plus vaste à partir duquel de nouvelles solutions peuvent émerger tant sur le plan thérapeutique, que social ou individuel (Kabat-Zinn, 2009, p.304).

Après avoir investigué rigoureusement différentes tentatives de définition et d'opérationnalisation de la PC et afin de répondre à la fois aux critères proposés par les traditions bouddhistes et les écoles de pensée occidentale, Khoury et al. (2017) suggèrent la notion de pleine conscience incarnée (*embodied mindfulness*). Cette notion a initialement été mise de l'avant par Varela et al. (2017). Selon ces derniers, « le corps vécu, l'esprit vécu et l'environnement vécu font donc tous partie de même processus, le processus par lequel on incarne un monde » (Varela et al., 2017, p. 33). Cette définition met notamment de l'avant l'interaction (et même l'indissociabilité ou l'enchevêtrement) entre l'esprit, le corps et le monde extérieur, interaction qui pourrait s'avérer le mécanisme fondamental et déterminant de la pratique de PC dans le domaine de la santé.

« La démonstration de l'efficacité des interventions de pleine conscience occidentales sur les conditions physiques / médicales et troubles psychologiques (par exemple, fibromyalgie, douleur chronique, traumatisme, anxiété, dépression, troubles de l'alimentation, obésité, troubles sexuels, personnalité limite trouble, et la schizophrénie entre autres) est fortement liés à l'amélioration de la connexion corps-esprit-monde à travers les pratiques incarnées. En d'autres termes, nous suggérons que la pleine conscience incarnée est un mécanisme de changement primaire sous-jacent à l'efficacité

des interventions psychothérapeutiques basées sur la pleine conscience. L'évaluation de cette proposition pourrait définir un agenda pour la recherche sur la pleine conscience dans les années à venir » (traduction libre de Khoury, 2017, paragr. 34).

La compréhension de la PC comme une posture essentiellement incarnée se présente comme une excellente alternative au réductionnisme et à l'individualisme et pourrait guider la recherche future. L'expérience humaine, ou encore la pratique de PC, n'est plus définie comme un individu refermé sur lui-même, mais plutôt comme une partie d'un système d'interconnexion. Il apparaît que cette définition de la PC fait écho aux approches systémique et constructiviste, étant ainsi particulièrement intéressante pour le domaine du travail social.

Selon l'idée de PC incarnée, la pratique de PC consiste à habiter corporellement un monde qui se dévoile comme un système d'interconnexions, plutôt que de mettre l'accent sur des éléments isolés les uns des autres et essentiellement séparés ou distincts de notre expérience, comme nous pourrions le faire sur la base de l'analyse ou de la pensée conceptuelle. Sans vouloir entrer dans un débat philosophique sur la complexité de l'expérience humaine, soulevons l'idée de Merleau-Ponty suivant la possibilité de deux niveaux de perception et d'interprétation du monde caractérisé en tant qu'attitude ou comportement de nature relativement distincte. Une attitude analytique, qui intervient à un niveau abstrait en fixant et déterminant les objets perçus, et une attitude spontanée pouvant être comprise en tant que présence concrète au monde (Merleau-Ponty, 1996, p.61-78). La PC est ainsi une attitude perceptive qui s'avère une insertion naturelle dans un monde caractérisé par des dimensions historique, biologique, sociale, psychologique, etc. (Khoury et al., sous press, a). Autrement dit, l'insertion d'un corps qui habite un monde dont il fait intimement partie par toute la surface de son être.

4.1.5.3 Pleine conscience incarnée et relationnelle

En plus de proposer de comprendre et d'opérationnaliser la PC en tenant compte de sa dimension incarnée, Khoury et al., (sous press, b) suggère l'idée d'ajouter la dimension interpersonnelle à cette compréhension et opérationnalisation. La PC serait essentiellement interpersonnelle puisque l'expérience incarnée comporte une dimension sociale et relationnelle. Après avoir examiné la recherche théorique et empirique en lien avec les

dimensions interpersonnelle, familiale, relationnelle et sociale de la PC, Khoury et al. (sous press, b) ont conclu qu'il apparaissait important d'intégrer celles-ci afin d'ouvrir la voie vers de nouvelles avenues de recherche et d'intervention. Les auteurs ont cherché à « approfondir et élargir cette notion de pleine conscience incarnée afin de démontrer que celle-ci implique nécessairement une prise en compte des aspects interpersonnels et sociaux, souvent négligés dans la théorie, la pratique et la recherche » (Khoury et al., in press, b). La considération des dimensions interpersonnelle, sociale et contextuelle (de la PC tel que mis de l'avant par Khoury et al. (sous press, b) et Khoury et al. (sous press, a)) offre une piste de réflexion intéressante pour dépasser la tendance réductionniste et individualiste qui caractérise une grande partie de la littérature scientifique sur le sujet.

4.1.5.4 Pleine conscience, relation thérapeutique et travail social

Bien que plusieurs travailleurs sociaux, surtout aux États-Unis, auraient intégré cette approche dans leur pratique professionnelle, la grande majorité des études portant sur la PC en santé sont issues du domaine de la psychologie et de la médecine (Hick, 2009, p.21). Soulignons que pour le travailleur social, la pratique de PC permettrait de développer une meilleure perception et compréhension des symptômes liés au stress, qui les conduiraient vers une meilleure relation à ceux-ci. La compréhension et l'acceptation de certaines réactions atténueraient en quelque sorte les difficultés liées à celles-ci et pourraient ainsi servir d'outil pour faire face aux dangers liés à l'épuisement professionnel. La diminution du stress aurait pour sa part un impact positif sur la capacité d'empathie des intervenants (Hick, 2009 ; Devault, 2018, p. 7-26 ; Devault, 2014)). Devault (2018) a mis de l'avant les attitudes et compétences individuelles et relationnelles des travailleurs sociaux qui peuvent être développées par la pratique de PC. Cette dernière est présentée comme favorisant un savoir-être bénéfique au travail social en tant que profession qui vise à venir en aide à différents individus et groupes aux prises avec des situations souvent très difficiles (Devault, 2018).

Devault (2014) suggère que pour parvenir à maintenir une santé mentale ainsi qu'aider leurs clients, les travailleurs sociaux gagnent à opérer un changement radical dans leurs relations à eux-mêmes, aux autres et au monde. Le fait d'exercer un effort d'attention soutenue lors de la pratique de PC leur permettrait de développer et de maintenir différentes capacités

liées à la bienveillance, la flexibilité mentale et la capacité à côtoyer la souffrance de façon saine et équilibrée (Hick, 2009 ; Devault, 2014). En ce sens, cette perspective laisse entrevoir que la PC pourrait s'avérer une excellente façon de développer le « savoir-être » nécessaire au développement des attitudes et des compétences relationnelles devant être présentes chez les travailleurs sociaux qui travaillent sous la pression d'un sentiment d'urgence grandissant ou l'attention est essentiellement dirigée vers un objectif précis et la réaction rapide et efficace devient un automatisme.

Dans le même ordre d'idée, les psychothérapeutes qui pratiquent la PC obtiendraient un niveau plus élevé de gains thérapeutiques et une plus grande réduction des symptômes chez leurs clients (Grepmair et al., 2007, p. 448). Il est toutefois important de remarquer qu'à l'heure actuelle, rien ne démontre que la pratique formelle de la PC soit effectivement la cause de cette efficacité (Grepmair et al., 2007). Notons aussi que les hypothèses de ces auteurs quant à la pratique des instructeurs semblent trouver appui dans de récentes recherches. Ayant effectué une méta-analyse basée sur 209 études auxquels ont été inscrits plus de 12 000 participants présentant différents troubles de santé, Khoury et al. (2013) suggèrent en effet que l'expérience des cliniciens en lien avec la PC pourrait avoir un effet direct ou indirect sur les résultats cliniques du traitement administré (Khoury et al., 2013, p.768). Ces auteurs soulignent toutefois que très peu d'études ont tenté de mesurer l'importance de la formation des instructeurs et de leur expérience de PC et qu'ainsi, les études futures devraient s'intéresser à cette question (Khoury et al., 2013).

Plus spécifiquement, dans le cadre d'une psychothérapie, le clinicien est généralement appelé à tenter de développer et de maintenir une certaine connexion avec son client au sein de la relation thérapeutique. Du côté du thérapeute, cette connexion est généralement soutenue par une attention emphatique et continue au client ainsi qu'au processus relationnel. Au niveau de la relation thérapeutique, la PC semble liée à la capacité du thérapeute à prendre conscience des événements relationnels qui apparaissent au cours de la relation thérapeutique, tel que ces propres réactions ou les réactions du client afin de maintenir cette connexion (Hick, 2009 ; Devault, 2018). En plus de cette prise de conscience, il s'agit pour le thérapeute, conjointement avec le client, de travailler sur ces événements lorsqu'ils se présentent (Germer

et al., 2013, p.275). La capacité d'engager une écoute attentive et profonde ainsi que de maintenir un discours conforme à ce qu'il ressent semble être les éléments clés d'une relation thérapeutique soutenue par la pratique de la PC chez le thérapeute (Germer et al., 2013, p.278). Considérant les difficultés pouvant être éprouvées par les clients, le fait de cultiver des attitudes de PC comme la compassion et l'équanimité dans le cadre d'une relation thérapeutique peut représenter un véritable défi (Germer et al., 2014 p.266). Les multiples corpus de formation en psychothérapie basés sur la PC sont fortement recommandés pour aider les cliniciens à faire face à ceux-ci.

4.1.5.1 Bouddhisme et pleine conscience

Il est important de souligner qu'originellement la pratique de PC n'a pas pour objectif de traiter une maladie (du moins tel que nous définissons le concept de maladie en Occident) (Goleman et Davidson, 2017, p. 299.). Bien qu'elle ait tendance à être popularisée de la sorte, cette pratique ne vise pas une réduction des symptômes de tels ou tels troubles ou maladies. Comme le remarquent Grégoire et al. (2016), en rapportant les propos de Grossman et Van Dam (2011),

« Cette pratique ne peut être réduite à une technique destinée à réduire le stress et les tensions de la vie moderne, comme le font plusieurs auteurs contemporains. Son objectif n'est pas médical ou thérapeutique, pas plus qu'il consiste à éliminer des symptômes » (Grégoire et al., 2016, p.14).

Comme nous l'avons dit, la pratique de PC consiste à porter l'attention sur différents éléments de sa propre expérience vécue en l'acceptant dans sa totalité et sans y porter de jugement. La capacité à reconnaître que des pensées récurrentes et des émotions difficiles tendent à attirer son attention est mise de l'avant dans cette pratique. L'attention démesurée accordée aux pensées récurrentes et aux émotions difficiles est reconnue comme une cause d'insatisfaction et de souffrance. Cette prise de conscience permet d'apprendre à éviter de tomber dans le cercle vicieux des pensées et émotions qui pourraient s'avérer envahissantes, conduisant ainsi vers une vision plus « juste » des causes de la souffrance (Grégoire et al., p.14, 2016). Cette vision « juste » révèle aussi que tout passe (impermanence) et que notre « identité » (ego), n'est pas fixe tel que nous avons tendance à le croire. Selon la tradition bouddhiste, bien qu'utile à la vie quotidienne, cet *ego* serait essentiellement une construction de l'esprit

illusoire comportant des risques importants lorsque l'on s'y identifie et s'y attache (Park, 2006, p. 78-79).

Grossman et Van Dam (2011) remarquent que la pratique de PC s'est développée sur plusieurs siècles au travers un travail phénoménologique d'investigation subjectif difficilement saisissable par le positivisme moderne (Grossman et Van Dam, 2011, p.219). Afin d'éviter la confusion actuelle en lien avec la définition du concept de PC et la dénaturation de cette pratique en psychologie contemporaine, les auteurs suggèrent qu'une recherche pratique et théorique beaucoup plus soutenue est nécessaire pour rendre compte du phénomène dans sa complexité (Grossman et Van Dam, 2011, p.219). Ces auteurs remarquent que la capacité d'attention doit être considérée en interaction avec les dimensions cognitives, affective, sociale et éthique de cette pratique, dimensions qui ont tendance à échapper aux définitions offertes par la psychologie occidentale moderne (Grossman et Van Dam, 2011, p.223).

« Discussing mindfulness without including other integral aspects of Buddhist practice, the noble Eightfold Path and Four “Immeasurables” (that is brahmavihāra; compassion, loving kindness, sympathetic joy and equanimity), may lead to significant denaturing of mindfulness. Although a denatured approach may, nevertheless, yield some health benefits, such a tact is more in line with implementing limited components of a broad, not easily dissected, process, rather than exploring the process as a whole» (Grossman et Van Dam, 2011, p.223).

Dans son travail d'analyse et d'opérationnalisation, la psychologie occidentale moderne pourrait avoir tendance à réduire cette pratique aux capacités strictement cognitives de régulation de l'attention. Les racines bouddhistes de cette pratique, selon lesquelles la capacité d'attention n'est pas l'équivalent de la PC, mais plutôt une dimension de celle-ci qui en soutient d'autres, seraient ainsi occultées.

Sans vouloir faire un examen approfondi des composantes de la pratique de PC tel que proposée par la philosophie bouddhiste, soulignons que depuis son origine la PC aurait toujours entretenu une relation d'intimité avec la bienveillance, la tolérance et le non-jugement (Goldstein, 2013). Par exemple, pour la majorité des enseignants occidentaux issus de cette tradition, ces qualités sont au cœur de cette pratique (Shalzburg, 1995; Goldstein, 2013 ; Jack

Kornfield, 2015). Dans le même ordre d'idées, la majorité des programmes basés sur l'utilisation de la PC comprennent une pratique de méditation bienveillante.

« Cette pratique s'enracine dans un certain nombre de principes éthiques (p. ex., faire preuve de bienveillance) (Monteiro, Musten et Compson, 2014 ; Purser et Milillo, 2014) et tend à développer diverses qualités (p. ex., la compassion, la sagesse, l'équanimité, la tolérance, la patience) (Olendzki, 2009). Pour Gunaratana (2002), il est impossible d'étudier la présence attentive en faisant abstraction de ces principes et de ces qualités. Or ceux-ci sont généralement exclus des définitions que l'on retrouve dans les écrits scientifiques (Chiesa, 2012) » (Grégoire et al., 2016, p. 14).

La métaphore des deux ailes de l'oiseau utilisée dans la tradition bouddhiste illustre cette idée en mettant en évidence l'équivalente importance de la sagesse, comme connaissance véritable de la nature éphémère des choses, et la compassion, comme présence aimante illimitée (Ricard, s.d.). L'amour et la sagesse, c'est-à-dire une vision claire et bienveillante de la réalité, permettent à l'oiseau de voler ; autrement dit, à l'humain de s'éveiller. Or, comme nous le verrons dans le prochain chapitre, lorsque nous sommes pris au piège par le stress ou l'anxiété, nos efforts sont généralement consacrés à la survie et nous avons tendance à « éviter » une partie de nous-mêmes. Il est possible de penser que cette partie de notre expérience qui est évitée, oubliée ou perdue, est peut-être justement celle qui pourrait nous ouvrir à cette qualité de présence aimante.

Nous verrons que la souffrance conduit généralement l'individu à éviter une partie de son expérience (EE) ou encore à se dissocier d'une partie de lui-même qui s'avère insoutenable. Nous verrons aussi que le contact avec l'autre et l'environnement est généralement affecté par cet évitement ou dissociation. Comme nous allons le montrer, séparer d'une partie de lui-même et des autres et du monde, l'individu se retrouve privé de ce dont il a le plus besoin pour guérir, c'est-à-dire l'intégration de sa pleine expérience (Siegel, 2009a).

4.2 Comprendre le trauma

Le fait de vivre des événements présentant un niveau de danger extrême et insupportable sur le plan psychologique semble avoir toujours causé un ensemble de symptômes, souvent persistants, caractérisés par le stress et la détresse. Lorsque les réponses habituelles de fuite ou de combat, caractérisées par la peur ou la colère ainsi que par les réactions biochimiques comme la poussée d'adrénaline, sont submergées par la nature insoutenable des événements, l'individu peut être gravement affecté sur le plan physiologique et psychologique (Schiraldi, 2009).

L'expérience traumatique est très fréquente au sein des sociétés modernes et se caractériserait généralement par un EE pouvant aller jusqu'à la dissociation (Van der Kolk, 2014). Comme nous tenterons de le montrer plus loin dans ce travail, en tant que comportement antithétique des principaux symptômes du trauma, la pratique de la PC peut être bénéfique aux survivants en les aidant à regagner progressivement les dimensions perdues ou évitées de leurs expériences.

Afin d'établir de procéder à cette démonstration, ce chapitre se déclinera en quatre parties. Nous présenterons tout d'abord le trauma complexe de manière générale pour ensuite aborder la question de la prévalence de ce phénomène. Les résultats des études portant sur les expériences d'adversité subies dans l'enfance (ACE) seront ensuite exposés afin d'illustrer l'ampleur du phénomène. Puis nous allons détailler les effets possibles des traumas complexes à partir de différents modèles. Nous mettrons finalement l'accent sur l'aspect relationnel du trauma en nous référant au modèle intersubjectif issu de la psychologie du soi.

4.2.1 Vers une nouvelle définition du concept de trauma

Au cours des dernières décennies, la compréhension du traumatisme psychologique et des modalités de traitement qui y sont associés s'est considérablement développée (Allen, 2005 ; Follette, 2015). La recherche a notamment montré que l'expérience traumatique, loin d'être réservée aux soldats ou aux survivants de catastrophes (politiques ou naturelles), est très fréquente au sein de nos sociétés (Herman, 1992 ; Van der Kolk, 2014 ; Treleaven, 2018).

Certains diront même que ce type d'expérience est inhérent à la condition humaine (Epstein, 2015, p.15). Bien que les effets du trauma soient complexes et multiples, les comportements d'EE et de dissociation semblent être des répercussions essentielles et principales chez les survivants (Van der Kolk, 2014, p.131). Enchevêtrés aux comportements d'évitement et de dissociation, les enjeux relationnels semblent aussi fondamentaux dans l'expérience traumatique, à la fois comme cause et conséquence (Godbout et al., 2018a).

La majorité des individus fera face à des événements stressants au cours de leur vie qui s'imposeront comme une épreuve difficile avec laquelle ils devront composer. Dépendamment des ressources et des capacités dont ils disposent, ces événements pourront être subis ou surmontés de différentes manières, ayant ainsi des impacts plus ou moins néfastes sur la santé physique et mentale des survivants (Van der Kolk, 2005 ; Van der Kolk, 2014). Si des ressources et des capacités suffisamment adaptées ne sont pas disponibles pour l'individu qui fait face à une expérience d'adversité, cette dernière risque de causer un ensemble de circonstances douloureuses et toxiques qui compromettront gravement l'équilibre de l'individu et de son environnement (mécanismes de défense émotionnelle et relationnelle, troubles de santé mentale ou physique, etc.) (Van der Kolk, 2005 ; Van der Kolk, 2014). Ces circonstances peuvent être représentées par le concept de *trauma*.

4.2.1.1 Définition du trauma complexe

Faisant généralement écho à une expérience brusque et inopinée ayant des conséquences durables chez l'individu (Figley, 2012), l'expérience traumatique intéresse aujourd'hui un grand éventail de chercheurs provenant de différentes disciplines telles que la psychiatrie, la psychologie, les sciences cognitives, le travail social, la sociologie, le droit et l'histoire (Figley, 2012). Les découvertes scientifiques portant sur les impacts neurobiologiques des traumatismes, notamment l'expérience physiologique d'un client suite à un trauma, semble être une des principales causes de cet engouement (Figley, 2012). Bien que le concept de traumas peut référer à différents types d'expériences, ce travail porte

essentiellement sur certains types de traumatismes psychologiques. Ceux-ci sont généralement subsumés sous le concept de trauma complexe⁸.

« Les traumatismes complexes sont une forme particulière de traumatismes relationnels causés par le fait d'avoir vécu des situations traumatisantes de nature interpersonnelle et qui impliquent, le plus souvent, des personnes significatives pour l'enfant. Les traumatismes complexes sont caractérisés par des difficultés d'adaptation sévères, multiples et persistantes, qui touchent l'ensemble des sphères du fonctionnement d'un enfant ». (Milot, Godbout et Collin-Vizina, 2018, p.2)

Une des caractéristiques fondamentales d'une expérience traumatique est que ses effets dépassent les capacités et les ressources dont l'individu dispose pour s'y adapter. Cette expérience génère ainsi des symptômes de détresse et d'impuissance qui conduisent rapidement vers une perte de contrôle.

« Les traumatismes réfèrent donc plutôt à des expériences subies alors que les ressources personnelles (p. ex., les stratégies de régulation émotionnelle) et sociales (p. ex., les compétences et les réactions des parents à la suite d'une agression sexuelle) de la victime sont insuffisantes, inaccessibles, déficientes ou nuisibles. Le caractère dévastateur et la puissance de ces expériences constituent une entrave à la reprise du développement normal de l'enfant et déclenchent chez lui, mais également chez ses proches, un ensemble de réactions affectives, cognitives et comportementales qui signalent une détresse personnelle, une perte de contrôle et un dysfonctionnement social important » (Brière, Hodges et Godbout, 2010 ; Cloitre, Cohen et Koenen, 2006 ; Godbout et Brière, 2012) rapporté par (Milot, Collin-Vézina et Godbout, 2018, p.18))

Les expériences traumatiques auront des effets directs sur le développement de l'enfant qui se poursuivront jusqu'à l'âge adulte. Compte tenu de la vulnérabilité de l'enfant, celui-ci aura généralement davantage de difficulté à y faire face que l'adulte. Comme nous le verrons plus en détail, le fait d'être soumis à des événements difficiles et pénibles conduira l'enfant à développer un ensemble de stratégies (EE, dissociation, isolement, méfiance, agressivité), essentiellement basé sur l'adaptation à l'environnement hostile qui génère le traumatisme (Milot, Godbout et Collin-Vizina, 2018, p.2). Bien que naturellement appropriées aux

⁸ Bien qu'il semble y avoir certaines spécifications entre ces différents concepts, les concepts de trauma développementaux et de trauma intersubjectif vécu dans l'enfance, utilisés respectivement par Van der Kolk (2014) et Godbout et al. (2018a) seront essentiellement entendus ici comme synonyme du concept de trauma complexe.

expériences d'adversité, ces stratégies deviendront rapidement nuisibles pour le développement biopsychosocial de l'individu.

4.2.1.2 Trauma complexe : un enjeu diagnostique majeur

Selon Van der Kolk (2005), les traumas développementaux représentent l'enjeu de santé le plus important aux États-Unis, enjeu qui pourrait être grandement amélioré par des actions appropriées (Van der Kolk, 2005). Pour l'auteur, il serait bénéfique de comprendre les symptômes des traumas développementaux, tels que la dépression, le trouble d'utilisation des substances, les comportements impulsifs ou autodestructeurs ainsi que plusieurs enjeux de santé physique, en tant qu'expression d'une désorganisation interne complexe plutôt que comme des symptômes ou troubles isolés (Van der Kolk, 2005, p.2). Comme nous le verrons, le concept de *trauma complexe* représente généralement cette constellation de symptômes. Les conséquences de ce type de trauma sur le développement de l'esprit et du cerveau (capacités cognitives et émotionnelles) semblent être à la source des différents symptômes qui tendent à persister jusqu'à l'âge adulte. En plus des conséquences sur la santé, ce type de trauma est aussi à la source de la perpétuation de la violence au sein de nos sociétés. Comme remarqués par Van der Kolk (2005), rares sont les « criminels » qui n'ont pas été victimes de violence dans leur enfance et rares sont les agresseurs sexuels qui n'ont pas été eux-mêmes victimes d'abus sexuel.

Un diagnostic précis en lien avec les événements d'adversité vécus dans l'enfance et leurs conséquences serait utile en vue d'offrir un traitement approprié (Van der Kolk, 2005 ; Van der Kolk, 2014). À titre d'exemple, afin de permettre une meilleure compréhension ainsi qu'un meilleur traitement des symptômes, en 2009 Van der Kolk a suggéré l'établissement d'un diagnostic unique qui serait celui de « trauma développemental » (Van der Kolk, 2014, p.295). Cette suggestion n'a pas été retenue par *l'Américain psychological association* puisque les membres de l'organisation considéraient que les enjeux associés à ce trouble relevaient davantage d'intuition clinique que de faits scientifiques (Van der Kolk, 2014, p.295). Plusieurs cliniciens et chercheurs militent toujours en faveur de ce diagnostic (Milot, et al., p.24). Sans vouloir nous prononcer sur les enjeux diagnostiques, nous utiliserons ici le concept

de *trauma complexe* qui semble avoir acquis une certaine notoriété dans la communauté scientifique (Milot et al., 2018, p.25).

4.2.1.3 Prévalence du trauma complexe

À partir d'un échantillon de 2030 répondants, Finkelhor, Ormrod et Turner (2007) ont observé qu'aux États-Unis, 71% des enfants interrogés rapportent avoir été victimes d'au moins un type d'expérience d'adversité durant l'année précédente et 69 % de ceux-ci rapportaient avoir vécu au moins un autre type d'expérience d'adversité (Finkelhor et al., 2007). En 2014, environ 12 millions de femmes ont été violées aux États-Unis et 50 % d'entre elles avaient moins de quinze ans lors de l'agression (Van der Kolk, 2014, p.15). Plusieurs de ces agressions ont eu lieu dans le foyer familial (ce qui aggrave évidemment le caractère traumatique de l'événement). Environ 3 millions de cas de maltraitance sont rapportés aux États-Unis chaque année. Sur le plan international et en tenant compte seulement des expériences d'adversités liées à des agressions sexuelles, on rapporte un taux de prévalence de 18% pour les femmes et 8% chez les hommes (Godbout et al., 2016, p.232). Il semble que les taux de prévalence soient similaires au Québec : 17 à 22 % des femmes et 8 à 10% des hommes rapportent avoir subi une agression sexuelle avant la majorité (Godbout et al., 2016, p.232). Ces agressions sont généralement concomitantes à d'autres expériences d'adversité comme d'autres formes de violence ou de négligence (Godbout et al., 2016).

À partir d'un échantillon de 23395 individus canadiens, provenant de « l'enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2012: Santé mentale », Afifi et al. (2014) ont montré qu'environ 30% des enfants ont été victimes de violence. Les résultats de leur recherche leur ont aussi permis de démontrer que les mauvais traitements subis dans l'enfance sont associés au développement d'enjeux de santé mentale ainsi qu'à des comportements suicidaires (idées et tentatives) (Afifi et al., 2014). Le phénomène de « polyvictimisation » touche directement environ 38% des individus allant même jusqu'à environ 49% si l'on inclut la violence indirecte, comme le fait d'être témoin d'un acte violent (Godbout et al. 2016, p.232). Ces taux de prévalence peuvent tripler si l'on interroge spécifiquement certaines populations cliniques (ex. : personnes qui consultent pour des problèmes sexuels) ainsi que

chez certaines populations vulnérables (ex. : femmes sans-abris, personnes autochtones et personnes ayant une déficience intellectuelle) (Godbout et al., 2016, p.232).

4.2.2 Effet des Traumas complexes

Comme nous l'avons vu, les enfants qui subissent des événements d'adversité doivent s'adapter à des situations difficiles qui nuiront à leur développement. Lorsque ces événements, par exemple l'abus ou la négligence, sont perpétrés par les figures parentales qui devraient normalement assurer leur bien-être, les impacts sont encore plus importants. Selon Herman (1997), les systèmes de défense érigés par l'enfant peuvent être résumés en trois mécanismes distincts : élaboration de défenses dissociatives, développement d'une identité fragmentée, régulation pathologique des états émotionnels (Herman, 1997). En plus des enjeux d'EE, de dissociation ou de toutes autres formes de fragmentation de l'expérience, ces systèmes de défense sont à risque d'affecter l'individu tout au long de sa vie et à plusieurs niveaux : manque de confiance en soi et en les autres, difficulté relationnelle (manque de stabilité et d'intimité), etc. Par exemple, la littérature suggère que le trauma engendre régulièrement un grand sentiment de honte en lien avec des sentiments d'impuissance, d'inadéquation et de vulnérabilité (Brothers, 2008). Par ailleurs, la honte peut aussi elle-même être la source d'une expérience traumatisante. Le sentiment d'être inapproprié, c'est-à-dire que quelque chose en nous est défectueux, peut conduire à différentes stratégies d'adaptation liées au sentiment persistant d'être inadéquat (EE, besoin de contrôle, perfectionnisme, etc.).

Compte tenu de la prévalence des traumas complexes, il semble qu'une grande partie de la population aura à composer avec une identité ou une expérience fragmentée, évitée ou dissociée. De manière générale, plutôt que de s'intéresser directement à ces enjeux, des troubles comme l'anxiété, la dépression, l'utilisation de substance seront diagnostiqués et les traitements viseront les symptômes plus ou moins secondaires et superficiels de ces derniers. À cet effet, rappelons notre hypothèse selon laquelle la pratique de PC pourrait être bénéfique pour ces troubles, non pas simplement puisqu'elle agit au niveau des symptômes associés à ceux-ci, mais plutôt et surtout puisqu'elle permet à l'individu de regagner ou de réintégrer la complexité de son expérience (individuelle, relationnelle et sociale) sur le plan existentiel, c'est-à-dire en tant qu'être au monde. La section qui suit vise notamment à examiner cette

hypothèse en explorant en profondeur la nature des principaux effets des traumas complexes, de façon à voir s'ils se présentent, de manière générale comme antithétique à la posture de PC.

4.2.2.1 Trauma et Stress

Dans certains contextes, notamment à un niveau d'immaturation sur le plan du développement physiologique (cerveau) et psychologique (capacité de régulation émotionnelle) ainsi que dans des situations de détresse extrême (agression sexuelle, zone de guerre, etc.), l'organisme n'arriverait pas à maintenir son activité physiologique et psychologique à un stade de fonctionnement normal (Lupien, 2010 ; Van der Kolk, 2014). Les réactions liées au stress peuvent donc devenir très néfastes pour l'individu. Suite aux expériences traumatiques, les capacités d'homéostasie et de régulation, notamment au niveau émotionnel, peuvent être directement affectées (Van der Kolk, 2014). Par exemple, les individus traumatisés auraient tendance à générer du cortisol de manière importante et anormale pendant un certain temps suite au traumatisme, ce qui les piège dans un niveau de stress continu et toxique sur le plan physiologique (Van der Kolk, 2014, p.73). Dans le même ordre d'idée, les personnes traumatisées demeureraient dans un état de méfiance quasi constant face à leur environnement. À cet égard, tout se passe comme si les réactions physiologiques normale et nécessaire face aux dangers (hypothalamus qui déclenche l'hypophyse et les glandes surrénales, activité du système immunitaire, du rythme cardiaque et des muscles ainsi que de l'amygdale) s'activaient de manière spontanée et régulière même en absence apparente de danger (Godbout, Cyr et Collin-Vézina, 2018, p.46 à 48).

Étant à des stades de développement précoce, les enfants sont particulièrement vulnérables aux effets du stress toxique. Le développement des circuits neuronaux et du système endocrinien peut être affecté par les expériences d'adversité subies dans l'enfance (Godbout et al., 2018b, p.68).

« Le cerveau des enfants est aussi très vulnérable au stress, car c'est un cerveau qui est en développement. Il a aussi été démontré que le stress a la capacité de retarder le développement de certaines parties ou fonctions du cerveau » (Lupien, 2010, p.17).

Cette vulnérabilité est d'autant plus importante puisque les réponses habituelles au danger (attaques et fuites) sont souvent inappropriées si ce danger est généré par les figures qui

doivent assurer leur sécurité. Les conséquences négatives des traumatismes sur les plans physiologiques et psychologiques sont par le fait même largement augmentées lorsqu'ils proviennent du milieu familial (Van der Kolk, 2014, p. 218 à 311). Chez les enfants, les chercheurs ont aussi observé (dans certains cas) une diminution du taux de cortisol, ce qui pourrait signifier que les symptômes des enfants victimes de traumatismes complexes se manifestent de deux manières. Les enfants peuvent devenir extrêmement réactifs à leur environnement, ou encore apathiques, c'est-à-dire insensibles à leur environnement, notamment au danger (Godbout et al., 2018b, p.68).

Dans le même ordre d'idée, le champ d'étude portant sur les ACE semble avoir rigoureusement montré que les événements d'adversité subis dans l'enfance génèrent un stress toxique (notamment mesuré par un niveau de cortisol élevé) qui affecte gravement la santé physique (modifications génétiques, système immunitaire affaibli et des altérations de la fonction cérébrale) et mentale (enjeux émotionnels et relationnels, abus de substance et instabilité au niveau du fonctionnement) (Centers for Disease Control and Prevention, 2015). L'idée principale est que les traumatismes subis dans l'enfance semblent être associés à de nombreux problèmes individuels et sociaux. Sur le plan psychologique, la dépression, les troubles d'utilisation de substances, le trouble de personnalité limite, ainsi que plusieurs autres enjeux de santé mentale semblent être corrélés aux mauvais traitements subis dans l'enfance (Van der Kolk, 2014). Nous verrons que l'état de stress et de méfiance lié au traumatisme ainsi que les enjeux psychologiques qui en découlent sont généralement associés à différentes formes d'EE. Sur un plan existentiel, le stress toxique peut amener l'individu à dénier une partie de lui-même qui pourrait éventuellement se manifester de façon pathologique.

4.2.2.2 Le déni de soi

La majorité des individus sont habités par des souvenirs douloureux et des blessures non résolus, issus de leur enfance, qui génèrent différents types de tension à l'âge adulte (Miller, 1996 ; Miller 2008 ; Miller 2013). Si elles ne sont pas traitées adéquatement, ces marques du passé peuvent avoir de très graves conséquences sur l'équilibre psychologique et le bien-être de l'individu (Miller, 1996 ; Miller 2008 ; Miller 2013). La perte du contact avec une certaine partie de soi-même, notamment liée au fait d'avoir appris à réprimer ses émotions

et ses souvenirs durant l'enfance, fait partie de ces conséquences. Il est facile d'imaginer comment la cruauté et la violence parentale (insultes, coups, abus sexuel, etc.) peuvent conduire l'enfant à se dissocier d'une partie de lui-même pour ne pas ressentir la souffrance multidimensionnelle causée par de tel traitement. Or, les mauvais traitements peuvent être beaucoup plus sinieux et souvent même se présenter comme des formes d'éducation (Miller, 1996). À titre d'exemple, les enfants soumis à des parents autoritaires ou trop exigeants apprendront à mettre de côté leurs propres désirs afin de satisfaire ceux de leurs parents. Certains enfants deviendront rapidement très *doués* à cet effet et perdront ainsi progressivement le sentiment que leurs désirs, besoins et émotions sont dignes d'être reconnus et entendus (Miller, 1996). De grands efforts pour dénier une partie de soi-même afin de satisfaire les attentes de l'entourage sont donc mis en place parallèlement à un ensemble de mécanismes d'adaptations à cet environnement toxique (Miller, 1996 ; Miller 2008 ; Miller 2013).

Cette déconnexion d'une partie de sa propre expérience peut avoir pour effet un sentiment de vide et d'ennui persistant qui pourra se développer sous la forme de troubles de santé mentale spécifique (trouble de l'humeur, trouble de personnalité, trouble de l'utilisation des substances, etc.) (Miller, 2013, p.191).

« Les émotions réprimées dans l'enfance - par exemple la peur et la colère – restent emmagasinées dans notre corps et peuvent provoquer chez l'adulte des troubles plus ou moins graves. On peut souffrir de dépression, d'accès de panique, présenter des réactions violentes envers ses enfants, sans avoir conscience des véritables causes de son désespoir, de sa peur ou de sa fureur » (Miller, 2008 p.125).

Notons que les adultes ayant appris à refouler leurs émotions et à réprimer leurs désirs et leurs besoins pourront avoir tendance, plus ou moins consciemment, à transmettre ses mécanismes d'adaptation à leurs propres enfants, perpétuant ainsi le cycle du déni de soi (Miller, 1996).

4.2.2.3 Évitement expérientiel

Comme nous l'avons vu, les traumatismes complexes engendrent une variété de symptômes (dissociation, abus de substance, comportements suicidaires, etc.) qui peuvent être liés au développement de différents troubles de santé mentale. Suivant l'idée de ses collègues, Brière

(2013) suggère que ces symptômes peuvent être considérés comme différents mécanismes de défense basés sur l'EE et mis en place pour composer avec l'intolérable intensité émotionnelle qui accompagne le trauma. « When confronted with emotional pain, it is a common human response to avoid—to withdraw from the environment, numb or distract oneself, or suppress awareness, so that distress is not overwhelming » (Briere, 2013, p. 450). L'expérience étant devenue insoutenable, l'individu développerait un ensemble de stratégies d'évitement qui modifient son rapport à lui-même en diminuant la conscience ou l'attention qu'il porte à son expérience par des tentatives de distraction, de perte de sensibilité ou encore en tentant de générer des expériences opposées à sa souffrance et incompatibles avec celle-ci.

Bien qu'elles puissent sembler utiles et bénéfiques à court terme pour faire face à l'adversité, les stratégies liées à l'EE peuvent avoir pour effet d'augmenter et prolonger la souffrance en compromettant gravement la santé psychologique et physique des individus, notamment puisque les blessures enfouies ne peuvent pas être traitées et intégrées et qu'ainsi l'équilibre psychologique ne peut pas être rétabli (Briere, 2013, p.451). Notons aussi que les efforts consacrés à éviter l'intrusion d'expériences traumatiques (souvenirs, pensées, sensations, pulsions, etc.) représentent une dépense d'énergie importante qui risque d'avoir des conséquences sur la santé physique et psychologique et d'entraver significativement le développement d'un individu, notamment sur le plan relationnel et social (Godbout et al., 2016, p.234). Comme nous l'avons vu de façon détaillée dans la section sur la PC, cette dernière, en tant que pratique essentiellement basée sur une l'ouverture à l'expérience, semble être une posture à l'antipode de l'EE. Par le fait même, il apparaît que les approches incluant cette pratique comme modalité de traitements s'avèrent tout indiquées pour ce type de problématique.

4.2.2.4 Régulation émotionnelle

Les expériences traumatiques peuvent affecter la capacité d'un individu à réguler ses émotions. Loin d'être le propre des individus survivants d'expériences traumatiques, les émotions difficiles et envahissantes ainsi que les enjeux liés à leur régulation semblent présents dans presque tous les troubles de santé mentale (Philippot, Bouvard, Baeyens et Dethier, 2015, p.111). La littérature scientifique en lien avec le trauma présente de

nombreuses indications quant à la relation entre ce phénomène et la régulation émotionnelle (Seligowski, Lee, Bardeen, et Orcutt, 2015). À cet égard, Seligowski et al. (2015) ont mené une méta-analyse en vue de proposer une synthèse des données portant sur cette relation. 57 articles comprenant les critères de sélection ont été retenus pour l'analyse. Les chercheurs ont interrogé les relations entre les symptômes de stress post-traumatique et les comportements suivants : acceptation, EE, suppression de l'expression, rumination, suppression des pensées, inquiétude ainsi que la dérégulation générale des émotions⁹ (Seligowski et al., 2015, p.96). Leurs résultats suggèrent que ce dernier élément (dérégulation générale des émotions) est celui dont l'effet ressort le plus significativement, en plus de ne pas être modéré en fonction du type de traumatisme (Seligowski et al., 2015, p.96). Parmi les enjeux liés à la régulation émotionnelle, la dérégulation générale des émotions serait donc celle qui impacte le plus les survivants de trauma.

Le concept de dérégulation générale des émotions représente le fait d'avoir des difficultés importantes en lien avec les capacités à identifier et comprendre le déroulement et le fonctionnement d'une émotion, à accepter les émotions difficiles, à percevoir des stratégies adaptées de régulation émotionnelle, à poursuivre ses buts ainsi qu'à freiner les comportements impulsifs nuisibles (Seligowski et al., 2015, p.88). Bien qu'à différents degrés et de façon moins significative, presque tous les autres comportements associés à la régulation des émotions (à l'exception de la réévaluation) se sont avérés avoir un effet modéré. Seligowski et al. (2015) remarquent toutefois que plusieurs critiques ont été adressées à l'égard des études portant sur la régulation émotionnelle, notamment quant au fait que ce concept est difficile à cerner et que ses composantes sont difficiles à distinguer puisqu'elles peuvent se chevaucher. Le fait de ne pas considérer les facteurs environnementaux qui influencent la régulation émotionnelle semble aussi être une limite importante (Seligowski et al., 2015, p.97).

Dans le même ordre d'idée, Poole, Dobson et Pusch (2018) ont tenté de démontrer que les ACE conduisaient vers des difficultés liées à la régulation des émotions et par conséquent à

⁹ Selon le modèle utilisé par ces chercheurs, ces comportements font tous partie de la régulation émotionnelle.

des difficultés relationnelles et que celles-ci pourraient expliquer les effets néfastes des ACE. Ces chercheurs ont voulu clarifier la nature des relations entre les ACE et les difficultés interpersonnelles en démontrant la validité de leur hypothèse considérant la dérégulation des émotions comme principal mécanisme. Leurs résultats semblent en effet montrer que les problématiques relationnelles liées aux ACE sont délétères puisqu'elles affectent les aptitudes relationnelles et la santé mentale en compromettant la capacité à réguler les émotions (Pool et al., 2018). Environ 70 % des participants à l'étude (N=4006) ont rapporté avoir vécu au minimum un événement d'adversité et près de 20% en ont rapporté 4 ou plus. Comme dans les études précédentes, les événements d'adversité étaient significativement associés au développement de problématique relationnelle persistante à l'âge adulte (Poole et al., 2018, p. 127). Plus précisément, l'étude a montré que ce type de problématique semble davantage corrélé aux ACE liées aux abus et négligence de nature psychologique et émotionnelle (Poole et al., 2018, p.129). Selon les chercheurs, il est possible d'interpréter ces résultats à partir de la théorie de l'attachement selon laquelle les modes d'interaction entre les figures parentales et l'enfant contribuent au développement des capacités émotionnelles et relationnelles de ce dernier. Les chercheurs considèrent avoir démontré que les aptitudes relationnelles de l'adulte sont directement influencées par les ACE (Poole et al., 2018).

Nous voyons ainsi la place centrale des enjeux émotionnels dans le développement de la santé mentale et leurs liens directs avec l'expérience traumatique. Plus spécifiquement, nous souhaitons conclure cette courte section en soulignant que la de régulation des émotions est intimement lié à la capacité d'intégration.

« What this means, literally, is that emotion, emotional processes, emotional regulation, emotional relationships, emotional experiences, emotionally meaningful events, emotional development, and emotional well-being each involve integration. It isn't even that emotion leads to integration. What I am suggesting is that emotion is integration. In this way, for example, an emotional experience is one that shifts our state of integration. Emotional development promotes integration. Emotional well-being reveals an integrated individual. We can increase integration in cases of emotionally meaningful events and when we feel emotionally well. Similarly, we can decrease integration when we are emotionally distraught or emotionally unwell. Emotion is the shifting in integrative states: Sometimes integration is enhanced, sometimes diminished. Herein we

can see the verb nature of emotion: a shift in the state of integration» (Siegel, 2009b, p.418-419).

Comme nous le verrons de façon détaillée lors de la discussion, la capacité d'intégration est étroitement liée à la pratique de PC. Gardant à l'esprit qu'une régulation des émotions problématique, puisqu'affectée par une expérience traumatique, trouble la capacité de l'individu à intégrer la complexité de son expérience, nous verrons comment la pratique de PC, en tant que pratique d'intégration de l'expérience, peut grandement favoriser le bien-être (Siegel, 2009a).

4.2.2.5 Catégories de répercussions des traumas complexes

Les traumas complexes et leurs répercussions sont un phénomène composé d'éléments qui entretiennent de multiples relations difficiles à saisir et généraliser (Godbout et al., 2018b, p.58). La variété des expériences traumatiques et de leurs effets sur différents stades de développement participe indéniablement à cette difficulté. Les expériences traumatiques en lien avec différents types de mauvais traitements semblent avoir tendance à ne pas être étudiées en tant que phénomène uni et complexe dont les effets peuvent s'entrecouper et s'entremêler. Elles sont généralement étudiées sur la base de leurs spécificités. On tente par exemple de comprendre les effets des agressions sexuelles ou encore la négligence en tant que phénomène spécifique, plutôt que le phénomène plus vaste d'une enfance marquée par des expériences d'adversités et de l'ensemble des conséquences qui peuvent en découler (Godbout et al., 2018b, p.58). Afin d'illustrer l'éventail des répercussions possibles de façon claire et concise, nous utiliserons la catégorisation proposée par Godbout et al. (2018b) à laquelle nous ajouterons quelques éléments théoriques afin de faciliter la compréhension des catégories.

4.2.2.5.1 Trouble de stress post-traumatique

Les symptômes associés au TSPT font partie des effets possibles des traumas complexes. Sans nous attarder sur ces symptômes, notons que le DSM-5 les distingue en quatre catégories (la reviviscence, l'évitement, les altérations négatives persistantes dans les cognitions et l'humeur, l'hyperactivité). Parmi ces catégories, nous retrouvons les symptômes suivants : dissociation, hypervigilance, anxiété, attaque panique, cauchemars récurrents, reviviscences, tristesse, insomnie, colère, problèmes sexuels, fatigues, isolement, insensibilité

émotionnelle, tendance à être effrayé et surpris de façon exagérée par rapport aux événements, excitation nerveuse (état d'alerte constant), impatience, difficulté de concertation, difficulté à aborder l'événement traumatique, perte d'intérêt pour certaines activités, évitement de lieux associés aux événements traumatiques, dérégulation des émotions, EE, diminution de l'espoir en lien avec le rétablissement, paranoïa (American Psychiatric Association, 2013).

4.2.2.5.2 Dissociation et évitement

Lors d'un événement traumatique et suite à celui-ci, il est commun de se dissocier de sa propre expérience (perception, mémoire, conscience) en s'en distanciant mentalement et émotionnellement, généralement de manière non intentionnelle, pour éviter de ressentir la souffrance associée aux émotions difficiles (Godbout et al., 2018b, p.65). Très étudiée chez l'adulte et peu chez l'enfant, cette distanciation de l'expérience peut conduire vers un manque de concentration et d'orientation important, des sensations d'étourdissement, des pertes de mémoire, un regard d'apparence vide ainsi qu'une impression d'absence d'affects émotionnels (Schiraldi, 2009). Ce mécanisme de survie peut-être très utile en situation de grande détresse, mais il semble avoir un impact considérable sur le rétablissement, notamment en affectant la capacité de guérison d'un individu.

« La dissociation est l'essence du traumatisme. L'expérience envahissante est divisée et fragmentée, de sorte que les émotions, les sons, les images, les pensées et les sensations physiques liés au traumatisme prennent une vie à part. Les fragments sensoriels de mémoire pénètrent dans le présent où ils sont peu à peu revécus. Tant que le traumatisme n'est pas résolu, les hormones de stress que le corps sécrète pour se protéger continuent de circuler et le mouvement défensif et la réponse émotionnelle continuent de se reproduire ». (Traduction libre de Van der Kolk, 2014, p. 131).

La dissociation semble affecter directement le processus d'intégration par lequel l'individu peut retrouver son équilibre psychique et émotionnel en unifiant ou harmonisant les différentes parties de son expérience par le biais de la mémoire ainsi que d'autre fonction physiologique associé à la réponse au stress (Van der Kolk, 2014). Notons que l'impact des souvenirs non intégrés qui resurgissent peut être perçu comme plus accablant que l'expérience traumatique initiale. Le caractère annihilant et imprévisible de ses souvenirs renforce la portée négative de leurs impacts (Van der Kolk, 2014, p.131).

4.2.2.5.3 Problèmes relationnels et d'attachement

Sur les plans physiques, psychologiques et sociaux, le développement de l'enfant est fortement influencé par les modes d'interactions (relationnelles) qu'il entretient avec les figures parentales (Van der Kolk, 2005, p.4). À cet effet, un événement difficile peut ne pas avoir d'effet traumatique pour l'enfant s'il est accompagné du soutien d'une figure parentale stable sur les plans émotionnel et relationnel. À l'inverse, un événement difficile sera probablement traumatique s'il est généré par une figure parentale instable sur ces plans, le cas échéant produirait chez l'enfant une incapacité à intégrer la complexité de son vécu en lien avec cet événement et ainsi une grande difficulté à réguler l'intensité de ce vécu. Dans la mesure où les effets des événements traumatiques se poursuivent puisque le soutien parental adéquat est absent, le manque d'intégration et de régulation produira chez l'enfant une dissociation du vécu. Cette dissociation nuira au développement puisque le vécu deviendra nébuleux tout comme les manières de se rétablir (Van der Kolk, 2005, p.5). Les mauvais traitements (abus ou négligence) des figures parentales conduiront l'enfant à percevoir son environnement comme menaçant et n'ayant pas les qualités et ressources requises pour lui venir en aide.

En plus des difficultés liées à la régulation des émotions et des cognitions, un « attachement insécure » lié à des figures parentales instables émotionnellement et relationnellement peut conduire vers des comportements d'hyperéveil, d'hypervigilance, de méfiance ou encore de colère et d'agressivité envers soi ou les autres (Van der Kolk, 2005, p.5). Les réactions de fuite d'attaque ou de gel deviendront automatiques et ainsi l'individu ne développera pas la capacité à intégrer ses expériences et à apprendre de celle-ci. Les émotions n'étant pas vécues, les capacités de régulation ne sont pas développées. Ces enfants seront souvent décrits comme problématiques ou réactionnels par le milieu dans lequel ils évoluent sans que soit considéré l'aspect contextuel de leur comportement (Van der Kolk, 2005). Dans le même ordre d'idée, des figures parentales perçues à la fois comme source de protection et menace auront fortement tendance à produire un attachement de type « désorganisé » chez l'enfant (Godbout et al., 2018b, p. 66). Ce dernier sera ainsi sujet à plusieurs fragilités sur le plan relationnel : peur de l'abandon, peur du rejet, peur de l'engagement et du rapprochement, tout en ayant développé peu de moyens pour composer avec ses difficultés émotionnelles

(Godbout et al., 2018b, p. 66). Ces lacunes développementales pourront évidemment affecter considérablement la qualité des relations futures.

4.2.2.5.4 Identité et concept de soi altérés

L'état de survie dans lequel évoluent certains enfants affectera directement la construction de leur identité (Godbout et al., 2018b). Les événements traumatiques nuisent à la régulation des émotions et affectent par le fait même le sentiment d'unité de l'individu, la maîtrise des comportements ainsi que la confiance à l'égard des autres. Le manque de confiance et de stabilité émotionnelle et relationnelle peut conduire à l'élaboration de mécanisme de défense comme l'évitement (Van der Kolk, p.7) qui affectera à son tour la connaissance de soi ; le sens de soi, des autres et de la réalité devient ainsi fragmenté et confus. Plus précisément, l'enfant peut se percevoir comme défectueux et sans ressource tout en se méfiant des autres et de son environnement. La honte et la culpabilité en lien avec les expériences subies vont aussi avoir tendance à marquer le parcours de ces enfants (Miller 2013).

Le trauma nuit aussi au développement de la capacité d'établir une certaine distance par rapport à sa propre expérience en tentant de percevoir et de comprendre le monde d'un point de vue extérieur. Les sens de continuité spatial (par rapport au monde extérieur), ainsi que temporel (la capacité de prévoir), étant affecté sur le plan développemental, il devient difficile pour l'enfant de comprendre son environnement et de s'y adapter de façon saine (Van der Kolk, 2005, p.6). Par ailleurs, si les traumatismes sont issus de la famille, l'enfant devra s'adapter en faisant des compromis par rapport à ses propres besoins. Il apprendra généralement à ne pas exprimer son propre vécu. Il pourra aussi se conformer à outrance ou encore être consentement en réaction et en opposition (Miller, 1996 ; Miller 2013).

4.2.2.5.5 Somatisation et physiologie/biologie

Les traumatismes complexes seraient aussi liés au développement de plusieurs troubles de santé d'ordre somatique dont les causes sont souvent inexplicables d'un point de vue strictement physique ou médical (ex. : la fibromyalgie, la douleur chronique, syndrome de fatigue chronique, côlon irritable, etc.) (Godbout et al., 2018b, p.68). Sans prétendre pouvoir

expliquer ce phénomène de somatisation, en suivant l'idée de Miller (2013) il est possible de supposer que ses troubles puissent être la manifestation d'émotions refoulées. Les émotions, provenant notamment des expériences de terreurs n'ayant pas pu être vécues et intégrées, se développeraient sous la forme de différents troubles de santé physique (Miller, 2013). En faisant allusion au déni des émotions et au développement de différents troubles physiques à l'âge adulte, Miller (2013) remarque que « le corps [...] exige la vérité, et, quand nous persistons dans notre refus de percevoir la peur, la colère, l'indignation et le dégoût de l'enfant abusé sexuellement, il le signale en produisant des symptômes » (Miller, 2013, p.96).

4.2.2.5.6 Problème cognitif et d'apprentissage

Les enfants victimes de trauma complexe semblent présenter des difficultés à accomplir des tâches liées à la résolution de problème ainsi que des difficultés sur le plan de l'attention et de la mémoire (Godbout et al., 2018b, p.70). Ces difficultés peuvent évidemment engendrer un ensemble de problèmes scolaires, tant au niveau de l'apprentissage (retards) qu'au niveau relationnel (impulsivité, irritabilité, etc.). À titre d'exemple, le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité pourrait être causé par le stress familial et les traumatismes subis dans l'enfance (Mate, 1999).

4.2.2.5.7 Régulation émotionnelle, dysphorie et alexithymie

L'absence de modèle de régulation émotionnel adéquat peut conduire les enfants victimes de trauma complexe vers de grandes difficultés à exprimer leurs émotions et à identifier celles des autres (Godbout et al., 2018b, p.71). En plus de nuire au développement de leur capacité à vivre sagement leurs émotions, l'état de malaise (honte, culpabilité, etc.), d'angoisse (peur, méfiance, etc.) et de désordre émotionnel dans lequel ils grandissent (sans détenir les ressources pour y faire face), peut conduire ces enfants vers des variations d'humeur importantes, notamment associées au développement de différents troubles de l'humeur telle que la dépression et l'anxiété. (Godbout et al., 2018b, p.71). Leur vocabulaire peut aussi être très restreint et ils peuvent être incapables d'amener des précisions et des nuances sur leurs états émotionnels et ceux des autres. Ils peuvent avoir tendance à simplifier l'expérience vécue et avoir de la difficulté à y accéder (Godbout et al., 2018).

Les difficultés liées à la régulation des émotions peuvent ainsi être entendues comme un trouble d'alexithymie (Godbout et al., 2018b, p.71) : c'est-à-dire un déficit de l'affect caractérisé par une incapacité à entrer en contact avec la réalité émotionnelle de telle sorte qu'elle puisse être verbalisée. Les enfants victimes de trauma auront tendance à démontrer une importante résistance à parler de ce qu'ils vivent et à entrer en contact avec leur monde intérieur. Il semble souvent être très pénible pour eux de s'approprier leurs états émotionnels et de les verbaliser. Les sensations de malaise sont souvent attribuées au corps plutôt qu'aux émotions. On remarque aussi une tendance constante pour éviter tout contact avec ses émotions et une absence de contenu affectif dans le discours, tendance qui est probablement reliée à une incapacité à cet égard.

4.2.2.5.8 Compréhension du monde

Les traumatismes complexes peuvent être associés à une méfiance vis-à-vis de l'avenir et de l'environnement en général ainsi qu'à un désespoir à l'égard de l'humanité (Godbout et al., 2018b, p.72-73). La capacité à planifier sa vie ainsi que la croyance que les autres peuvent être un soutien est par le fait même affectée. La tendance à croire que le pire peut arriver à tout moment et la difficulté à apprécier les moments agréables, de peur d'être de nouveau déçu ou trahi par les événements, caractérisent aussi le comportement des enfants ayant subi des traumatismes complexes (Godbout et al., 2018b, p.72-73).

4.2.2.5.9 Comportement dysfonctionnel

Les mauvais traitements subis durant l'enfance peuvent contribuer au développement des symptômes anxieux et dépressifs ainsi qu'à des troubles de l'utilisation de substances, des troubles liés à l'impulsivité, à la colère et à l'agressivité (Godbout et al., 2018b, p.73). Le milieu de la délinquance peut, dans certains cas, être utilisé comme mode de vie alternatif visant à décharger une tension interne liée à ces troubles et à cette souffrance (Godbout et al., 2018b, p.73). Le discours des jeunes traumatisés est souvent marqué par l'autodévalorisation. Ces jeunes portent généralement un jugement très sévère sur eux-mêmes et ils ont tendance à être centrés sur les éléments négatifs de leur vie (souvent nombreux). Ils peinent à voir leurs ressources et leurs qualités. Le discours de ces jeunes est souvent composé de critiques agressives à l'égard d'eux-mêmes et leur environnement. Il semble que ces jeunes se sont généralement sentis rejetés et ont développé plusieurs enjeux liés au lien d'attachement. Ils ont

aussi très souvent été victimes d'intolérance de la part du système (écoles, services sociaux, etc.). Plusieurs d'entre eux ont été opprimés et intimidés et dans certains cas ils sont devenus eux-mêmes des intimidateurs. Leur discours peut ainsi être marqué par la rage et l'hostilité à l'égard des autres et du système. On peut aussi retrouver un discours caractérisé par la méfiance, la peur et le doute et par conséquent ils peuvent avoir tendance à être réfractaires par rapport à l'aide proposé (Godbout et al., 2018b, p.73).

4.2.2.5.10 Mentalisation

Les traumatismes complexes peuvent conduire vers certaines lacunes au niveau des capacités de mentalisation, c'est-à-dire les capacités à interpréter son propre vécu interne (besoins, désirs, pensées, croyances, etc.) et celui des autres. Cette difficulté à donner du sens à sa propre expérience ou à celle des autres ne se situe pas à un niveau strictement rationnel, il s'agit d'une faculté qui implique aussi un niveau de perception émotionnel et intuitif (Allen, Fonagy et & Bateman, 2008). Le manque de mentalisation peut conduire à une difficulté à envisager les différentes possibilités d'action d'autrui, ce qui affecte le développement et le maintien de relation interpersonnelle saine et équilibrer. Allant aussi en ce sens, les parents dont cette capacité n'a pas pu être développée, en raison de traumatismes complexes par exemple, auront tendance à ne pas comprendre les besoins de leurs enfants et à développer avec eux un style d'attachement désorganisé (Godbout et al., 2018a, p.74).

4.2.2.5.11 Enchevêtrement des répercussions et développement

Bien que d'un point de vue théorique les catégories de répercussions associées aux traumatismes complexes puissent apparaître de façon relativement claire et distincte, il est essentiel de rappeler que d'un point de vue clinique elles se présentent généralement sous la forme de symptômes entremêlés les uns aux autres dont l'ensemble est souvent difficile à saisir, tout en étant propre à chaque enfant (Godbout et al., 2018b, p.75 ; Hébert, Langevin et Ouissaid, 2017). Par exemple, dans certains cas la dissociation pourrait être causée par des difficultés sur le plan de la régulation des émotions, qui serait elle-même reliée aux troubles de l'humeur, et cet enchaînement de répercussions pourrait conduire vers des troubles de comportements (Hébert et al., 2017, p.311). Des séquences similaires incluant les répercussions sur le plan de l'attachement ont aussi été identifiées (Godbout et al., 2018b, p.75). L'enchevêtrement des

répercussions ainsi que leurs enchainements auront aussi fortement tendance à varier en fonction des différents stades de développement de l'enfant et l'adolescent et conduiront généralement à différents types de détresse à l'âge adulte (ex. : troubles relationnels, identitaires, anxieux et de l'humeur ainsi que comportements suicidaires) (Godbout et al., 2018b, p.76).

La présentation des principaux symptômes a principalement pour objectif de montrer que ceux-ci sont généralement antithétiques à la posture encouragée et développée par la pratique de PC (EE, élaboration de défenses dissociatives, développement d'une identité fragmentée, régulation pathologique des états émotionnels, déni de soi, etc.). Notons qu'afin d'offrir une compréhension relativement exhaustive des symptômes de trauma, nous avons toutefois choisi de présenter aussi ceux qui n'apparaissent aussi clairement comme opposés à la PC.

Le fait d'être ouvert et présent à soi aux autres et au monde sans jugement ainsi que d'accepter pleinement la réalité qui s'offre à soi en tant que manière d'être basée sur la PC s'oppose assez clairement aux principaux symptômes qui caractérisent l'expérience traumatique de dissociation et d'évitement. Comme nous l'avons vu, tandis que la PC est essentiellement une posture d'intégration de l'expérience globale, la blessure traumatique a tendance à piéger les survivants dans une expérience de fragmentation.

Pour la suite de ce chapitre, nous proposons un bref détour par la théorie des systèmes intersubjectifs afin mettre l'accent sur le caractère relationnel de l'expérience traumatique (de sa source ainsi que de son traitement). Nous accorderons donc une importance considérable au fait de comprendre l'intersubjectivité comme un sous-système (mouvement dialogique composé d'un ensemble de relations), qui interagit avec d'autres systèmes qui composent la société. Notre impression est que cet aspect est trop peu présent dans les réflexions portant sur les éléments curatifs de la PC auprès des survivants de trauma.

4.2.3 Le traumatisme en tant que blessures relationnelles

Selon la théorie de l'intersubjectivité, le traumatisme émotionnel ou développemental se comprend à partir de « l'affect insoutenable » ou encore le « vécu émotionnel » qui en est à

la source (Stolorow, 2002). En opposition à la théorie psychanalytique du trauma basée sur l'idée d'une « pulsion » qui envahirait une « subjectivité cartésienne » incapable de la réguler, puisque mal équipée, le concept d'affect permet de penser le traumatisme comme étant essentiellement relationnel et contextuel (Stolorow, 2002).

« Contrairement aux pulsions qui semblent surgir de l'intérieur des profondeurs d'un sujet cartésien isolé, l'affectivité—c'est-à-dire l'expérience émotionnelle subjective—est régulée ou dérégulée dès le tout début de la vie par les systèmes relationnels dans lesquels elle prend forme. Dès lors, accorder à l'affectivité la place centrale, entraîne une mise en contexte radicale de presque tous les aspects de la vie psychologique humaine » (Traduction libre de Stolorow, 2002, p.678).

Le caractère insoutenable de l'affect n'a donc de sens qu'à partir des systèmes relationnels qui ont conduit vers son émergence. Plus précisément, le traumatisme (émotionnel ou développemental) prendrait racine dans un contexte relationnel où la figure parentale n'arrive pas à soutenir l'affect de douleur et à s'y accorder, ce qui nuit au système de régulation mutuelle (Stolorow, 2002). La capacité d'intégration des affects douloureux de l'enfant est par le fait même affectée et ainsi il se retrouve avec des lacunes considérables sur le plan de la régulation affective. Dans une relation saine sur le plan de l'accordage affectif, l'intégration graduelle de l'expérience douloureuse (émotionnelle et corporelle) est facilitée par la verbalisation (Stolorow, 2002). Les émotions nommées peuvent être reçues, entendues et par conséquent régulées et intégrées. Prenant forme dans le langage, le monde émotionnel perd son caractère nébuleux et essentiellement corporel qui nuit à son intégration et sa régulation (Stolorow, 2002).

4.2.3.1 Relation, intégration et régulation

L'expérience de la peur peut devenir traumatique dans la mesure où les affects qui y sont associés ne sont pas intégrables à l'ensemble de l'expérience (Stolorow, 2002). Or, la compréhension de l'expérience traumatique ne peut pas être réduite à l'intensité de la peur, ou un autre affect douloureux, ressenti par l'individu. Ce n'est pas la douleur émotionnelle en soi qui est traumatique, mais bien l'absence d'une relation qui la reçoit et permet sa régulation (Stolorow, 2002). Si l'affect douloureux se développe dans une relation où il ne reçoit pas de résonance suffisante pour être soutenue, il doit être compris comme essentiellement relationnel

(Stolorow, 2002). Par le fait même, le rôle du thérapeute est notamment d'offrir un lieu relationnel qui supporte cette résonance ainsi que le développement de cette régulation et organisation émotionnelle. Bien que nous n'entrerons pas dans les détails sur ces aspects, notons au passage que l'expérience traumatique (affect douloureux et absence de foyer relationnel favorable à son intégration) affecte directement le « sentiment d'être » ainsi que le sens d'une temporalité cohérente et fluide. L'individu peut ressentir un grand vide intérieur et un sentiment d'être figé dans le temps (Stolorow, 2002 ; Stororow, 2011).

La récurrence d'échecs d'accordages affectifs liés à l'absence de réponse appropriée des figures parentales peut conduire l'enfant à avoir la forte impression, plus ou moins consciente, que son monde affectif douloureux n'est pas recevable (Stororow, 2002). Ce monde émotionnel est par le fait même vécu comme une défectuosité honteuse. Ainsi, l'enfant tente de montrer une image de lui-même purifiée du vice des émotions malsaines et dangereuses afin d'être plus acceptable pour son environnement. S'installe donc progressivement la croyance que seule la présentation de cette image purifiée peut conduire vers le développement et le maintien de relations agréables ainsi qu'une estime de soi. La manifestation involontaire des affects refoulés est vécue comme fautive et comme la preuve d'une insuffisance et d'une méchanceté. L'enfant se perçoit comme n'ayant pas les qualités requises pour un fonctionnement normal, nécessaires pour être reconnues, acceptées et aimées. La honte, la haine de soi et les comportements d'isolement peuvent par conséquent se développer. Le traumatisme développemental conduit aussi à un amoindrissement de l'expérience émotionnelle protégeant l'individu des états vécus comme dangereux et potentiellement nuisibles dans certains contextes relationnels. Par exemple, certaines émotions peuvent être évitées pour préserver le lien avec les parents (Storolow, 2002 ; Storolow, 2011).

L'importance du développement et du maintien d'une certaine qualité relationnelle entre la figure parentale et l'enfant est généralement établie comme bénéfique à la croissance émotionnelle et relationnelle de ce dernier. Pour les figures parentales, la capacité d'engager une écoute attentive et profonde ainsi que de maintenir une posture emphatique semble être les éléments clés qui caractérisent cette qualité relationnelle. Poole et al. (2018) rapportent que la proximité relationnelle avec une figure parentale en mesure d'offrir cette qualité relationnelle

permet à l'enfant de développer un sentiment de sécurité, une croyance en sa propre valeur ainsi que des aptitudes interpersonnelles (empathie, harmonisation dans le rapport à l'autre, compétence émotionnelle et sociale, etc.) (Poole et al., 2018, p.130). Ces auteurs constatent aussi que le manque de soutien relationnel parental nuit au développement des capacités interpersonnelles comme la régulation des émotions. Face à un parent incapable de réguler ses émotions, l'enfant pourrait apprendre à se percevoir comme incapable d'accueillir et réguler sa propre détresse émotionnelle.

« Young children whose attachment figures respond to negative affect in overly emotional or chaotic ways may come to internalize their own distress as unmanageable. Consequently, these children may become overresponsive to their own emotional reactions and/ or develop a distorted sense of self-reliance » (Poole et al., 2018, p. 130).

Dans le même ordre d'idée, les enfants qui vivent des expériences d'adversité ont de grandes chances de développer des difficultés interpersonnelles qui les marqueront jusqu'à l'âge adulte et qui représentent des facteurs de risques liés à plusieurs troubles de santé mentale (stress, anxiété, dépression, troubles alimentaires) (Poole et al., 2018). La présence de relations saines durant l'enfance semble contribuer à l'équilibre affectif et mental de l'individu en atténuant les risques liés au stress relationnel comme la détresse psychologique, les symptômes de stress post-traumatique et la dépression (Poole et al., 2018).

Les conditions optimales du développement humain nécessitent certaines conditions afin de favoriser la mise en place d'un sentiment de cohésion qui, si suffisamment construit et sans être rigide, permet à son tour une ouverture à la complexité de l'existence (Brother, 2008 ; Storolow, 2002). L'être humain a besoin de réponses accordées à ses états affectifs et cela à tous les stades de son développement (Brother, 2008 ; Storolow, 2002 ; Storolow, 2011). Selon Brother (2008), les expériences relationnelles dans l'enfance conduisent à développer des certitudes émotionnelles du soi (CES) qui déterminent nos attentes face aux autres. L'attente d'être aimé pour ce que nous sommes, ou encore, à l'inverse, l'attente d'être seulement aimé si l'on correspond à ce que les autres attendent de nous, sont des exemples de croyances influencées par les certitudes émotionnelles du soi (CES) (Brother, 2008). De toute évidence, le développement de l'enfant pourra être gravement affecté par la croyance de devoir répondre à des attentes pour être aimé. Cette menace appréhendée peut bien entendu le

conduire à ne pas utiliser son plein potentiel en déniait certaines parties de son expérience pour sauvegarder son lien aux autres.

Le développement global de l'individu (corps et esprit) est affecté de façon significative et durable par les mauvais traitements subis dans l'enfance (Larkin, Robert et Anda, 2014). Or, il est aussi important de noter que les facteurs externes ne semblent pas déterminer à eux seuls, le caractère nocif d'un événement difficile. Les effets de la pauvreté, d'un voisinage toxique ou de l'oppression semblent pouvoir être atténués par le sens que l'individu donne à ces événements. En lui permettant d'évaluer sa capacité à faire face ou non à un événement, le développement cognitif d'un individu constitue une ressource interne ayant un rôle important dans le rapport au stress. L'enfant qui perçoit un événement comme un défi face auquel il se sent outillé, plutôt que comme un danger ou une menace, pourrait solliciter les ressources pour y faire face (Larkin et al., 2014). Bien que les difficultés d'adaptation puissent engendrer un stress important, stress qui aura à son tour des répercussions sur les capacités d'adaptation et ainsi de suite, les facteurs de protection tels que le réseau social peuvent contribuer au développement des capacités d'adaptation qui permettent de mieux négocier avec l'adversité et ainsi diminuer ses effets toxiques (Larkin et al., 2014).

Déjà en 1979¹⁰, Alice Miller décrivait avec une grande justesse les impacts potentiels des mauvais traitements faits aux enfants sur leur capacité à être présents à eux-mêmes, notamment à leurs émotions. Selon l'auteure, pour être aimés par leurs parents, les enfants apprennent à supprimer une partie d'eux-mêmes. Que ce soit face à des abus sexuels, à de la violence physique ou verbale, à de la manipulation ou à des attentes plus ou moins exagérées, les enfants développeraient la capacité de se conformer en occultant leur monde intérieur (émotions, mémoires, désirs, etc.) pour ne pas déranger leurs parents espérant ainsi être aimés de ceux-ci (Miller, 1996). Comme nous l'avons vu, l'anxiété, la dépression, l'abus de substances ainsi que de multiples problèmes de santé physique seraient selon Miller des conséquences fréquentes liées au fait de supprimer une partie de soi-même (Miller, 1996 ;

10 Première parution du *Drame de l'enfant doué*. Vous trouverez la référence de la parution de la version française dans la section références.

Miller, 2008 ; Miller, 2013). Notre revue de littérature nous permet de constater que l'hypothèse de l'auteure semble (en grande partie) avoir été confirmée par la recherche scientifique au cours des vingt dernières années.

Les expériences vécues dans l'enfance ont donc un impact considérable sur le développement global de la personne. Les comportements d'évitement et de dissociation, quelle qu'en soit la forme, ont généralement une place centrale parmi cet impact. Bien que ces comportements peuvent avoir été utiles et bénéfiques pour l'individu à certains moments de son développement en lui permettant en quelque sorte de se protéger d'une partie douloureuse de lui-même, le manque de contact avec des parties de soi devient généralement nocif s'il subsiste de façon durable et caractérise l'expérience. Pour maintenir une vie qui lui convient, la personne traumatisée doit donc reprendre confiance en sa capacité de développer, maintenir, restaurer et consolider sa relation avec sa propre expérience ainsi qu'aux autres. La prochaine partie vise à montrer que la pratique de la PC permet d'atténuer progressivement les effets des expériences traumatiques par le biais de la capacité à apporter une réponse appropriée à ceux-ci (Godbout et al., 2016, p. 236) en conduisant le pratiquant à reprendre contact avec certaines parties de lui-même. Or, comme nous l'avons vu, « l'expérience émotionnelle subjective—est régulée ou dérégulée dès le tout début de la vie par les systèmes relationnels dans lesquels elle prend forme » (Stolorow, 2002 p.678). Ainsi, nous pensons que reprendre contact avec soi est un processus qui doit être soutenu par un contexte relationnel favorable. La pratique de PC comme traitement pour les survivants doit en ce sens être une pratique essentiellement relationnelle.

Nous estimons qu'interroger la pratique de PC sous les angles de l'EE, de la régulation des émotions et relationnel ouvre la voie à une réflexion qui permet d'éviter les pièges du réductionnisme et de l'individualisme issus des neurosciences cognitives. La reprise de contact avec certaines parties de soi évitées ou dissociées à un moment ou à un autre de la vie peut évidemment être corrélée à une activité cérébrale spécifique. Or, afin de restaurer le contexte global de l'expérience traumatique et de son traitement, il nous apparaît nécessaire de mettre en lumière leurs dimensions existentielles entendues comme une difficulté ou une

impossibilité d'être en contact avec soi (évitement et dissociation) ainsi qu'avec les autres (isolement, trouble relationnel, etc.).

4.3 Trauma et Pleine Conscience

Après avoir interrogé spécifiquement et respectivement la PC et le trauma dans les chapitres précédents, avec le prochain chapitre nous proposons d'examiner le lieu de rencontre de ces deux instances. Parmi les 293 articles qui sont ressortis de notre revue systématique de littérature, 38 ont été classés dans la première catégorie puisqu'ils traitaient explicitement de l'EE, de la régulation des émotions ou de la relation thérapeutique. En vue d'alléger le texte et d'éviter les répétitions, nous ne procéderons pas de manière exhaustive. Nous nous contenterons plutôt de présenter brièvement les articles qui nous apparaissent les plus significatifs. Notre objectif est essentiellement de vérifier (à l'intérieur des limites de notre démarche) nos hypothèses initiales. Nous allons d'abord montrer le lien entre l'EE comme ensembles de symptômes du trauma complexe et la PC en tant que traitement clinique favorable à l'atténuation de ces symptômes ainsi que manière d'être radicalement opposée à ceux-ci. Nous verrons ensuite l'importance de considérer la dissociation et la régulation des émotions en tant que symptômes de trauma complexe ainsi que dans leur traitement basé sur la PC. Rappelons notre hypothèse quant au fait que la pratique de PC s'avère efficace au niveau de certains troubles de santé mentale principalement puisque ces troubles sont généralement associés à l'EE, étant lui-même influencés par un historique de trauma complexe (interpersonnels et développementaux). La pratique de PC permettrait aux survivants de trauma, qui sont en quelque sorte en exil d'une partie d'eux-mêmes, de regagner progressivement leur pleine expérience ainsi qu'une partie de leur liberté. Or, comme nous l'avons vu, nous souhaitons aussi mettre de l'avant l'importance de la relation avec l'autre dans cette équation. Les articles sélectionnés portant sur la relation thérapeutique et la PC seront donc finalement présentés.

4.3.1 Trauma complexe et trouble de stress post-traumatique

Notons que plusieurs articles issus de notre collecte de données ne traitent pas spécifiquement des traumas complexes, mais plutôt du TSPT. À défaut d'avoir trouvé un

grand nombre d'articles dans la littérature scientifique portant explicitement sur le lien entre trauma complexe et PC, nous devons donc composer avec cette limite. Nous pensons que la prédominance du TSPT dans la littérature scientifique par rapport aux traumas complexes, développementaux ou intersubjectifs vécus dans l'enfance, est symptomatique, à même titre que la compréhension contemporaine et occidentale de la PC, d'une trame narrative essentiellement biopsychologique et donc réductionniste, elle-même produite par une culture individualiste et positiviste. Il s'agit là évidemment d'une hypothèse qui mériterait un examen approfondi afin d'être vérifié.

Le lien entre TSPT, en tant que symptôme d'un trauma complexe ou non, et la PC apparaît tout de même éclairant pour notre démarche puisque l'EE et la dissociation caractérisent ce trouble de façon centrale. Or, malgré la popularité de ce diagnostic, le TSPT semble surtout s'adresser aux individus qui ont vécu une menace physique et ne semble pas adapté aux symptômes générés par un trauma de type développemental et interpersonnel (Milot et al., 2018, p.17). Les impacts sur le développement comme la régulation des émotions, cognitions et affections ainsi que sur les enjeux relationnels (attachement) et le développement d'autres compétences en lien avec la perception de soi (honte, sentiment d'inefficacité) ne sont pas suffisamment reconnus par le TSPT (Van der Kolk, 2005, p.8). Le TSPT semble aussi ignorer l'importance des fluctuations d'humeur, des comportements agressifs (envers soi et les autres) ainsi que plusieurs problèmes physiques (sommeil, digestion, alimentation) (Van der Kolk, p.8).

4.3.2 Évitement expérientiel, dissociation et régulation des émotions

En opposition aux approches thérapeutiques qui ont tendance à vouloir exercer un certain contrôle sur les pensées et les émotions et qui pourraient vouloir éliminer la souffrance, les traitements basés sur la PC encouragent les participants à s'ouvrir avec bienveillance aux pensées, émotions et sensations déplaisantes, sans y réagir de façon automatique ou avec aversion. Cet aspect de la PC peut permettre aux survivants de trauma de développer un rapport viable à leur expérience plutôt que de vouloir l'éviter. La section qui suit vise à présenter les résultats de notre recherche en lien avec les trois aspects suivants : EE,

dissociation et régulation des émotions, en mettant de l'avant la façon dont ils interagissent avec la PC.

4.3.2.1 Évitement expérientiel

Apprendre à accueillir et accepter les expériences douloureuses, inconfortables ou déplaisantes serait associé négativement au développement des stratégies d'évitement liées au TSPT et positivement au rétablissement des enjeux liés à ce type de blessures (Goldsmith et al., 2014, p. 228). Goldsmith et al. (2014) ont procédé à une étude pilote dans laquelle 14 individus participaient à un programme de réduction du stress basé sur la PC (MBSR) au cours duquel et suite auquel étaient évalués et mesurés les symptômes liés à des événements traumatiques. En concordance aux recherches antérieures, les chercheurs ont montré que la participation au groupe MBSR diminuait l'importance de ces symptômes. L'acceptation de l'expérience vécue (pensées et émotions) et la diminution significative de la honte sont apparues comme des facteurs de protection significatifs développés dans le cadre du programme (Goldsmith et al., 2014, p.231).

Les résultats de Boughner, Thornley, Kharlas et Frewen (2016) vont dans le même sens en mettant de l'avant le fait qu'un faible niveau de différentes facettes de PC peut conduire vers des difficultés ou détresses liées à la dissociation suite à l'exposition à un événement traumatique. Plus précisément, Boughner et al. (2016) ont montré que les capacités de description, d'agir avec attention et de non-jugement (associées à la PC) diminuaient les probabilités de développer un TSPT suite à une expérience traumatique (Boughner et al., 2016, p.675). Dans le même ordre d'idée, l'analyse de Bolduc, Bigras, Daspe, Hébert et Godbout (2018) a montré que les symptômes dépressifs liés aux ACE étaient entièrement médiatisés par les processus de dissociation et de PC. Pour leur part, Garland et Roberts-Lewis (2012) ont montré que les tentatives de suppression de la pensée aggravent significativement les symptômes liés au traumatisme (notamment les enjeux liés à la dépendance) tandis que la PC se présente comme un facteur de protection tout aussi significatif.

Nitzan-Assayag, Aderka et Bernstein (2015) ont montré qu'un niveau de PC plus élevé au cours des premières semaines suivant l'exposition à un stress traumatique peut diminuer

différents comportements associés à l'EE (la suppression cognitive et la fusion cognitive ainsi que les ruminations, les affects négatifs et la sensibilité à l'anxiété). Ces chercheurs ont par le fait même révélé que la PC représente un facteur de protection significatif à l'égard du développement des comportements dysfonctionnels et symptômes qui peuvent résulter des traumatismes (Nitzan-Assayag et al., 2015, p.30). À partir de données collectées sur des événements passés (100 personnes choisies aléatoirement parmi une population statique de 1708 individus ayant été exposés à au moins un événement traumatique), Basharpour, Shafiei et Daneshvar (2015) ont mis en évidence que les tendances à l'évitement et la rumination étaient supérieures chez les individus ayant subi un traumatisme et que les capacités de PC étaient inférieures chez ceux-ci. Par le fait même, les chercheurs suggèrent que les thérapies cognitivocomportementales de la troisième vague, basée sur l'acceptation et l'engagement, pourraient être bénéfiques comme méthode préventive et d'intervention pour les populations à risque de subir des symptômes post-traumatiques ou en ayant subi (Basharpour et al., 2015, p.282).

Selon les approches basées sur la PC (ex. ACT, MBCT, MBRP), l'EE et le pilotage automatique ou l'absence de conscience sous-tend plusieurs symptômes liés au TSPT (Thompson, Arnkoff et Glass, 2011, p.223). La capacité de dépasser les aspects difficiles liés au TSPT en faisant preuve de flexibilité psychologique (acceptation, ouvertures, tolérance face aux symptômes, capacité de régulation émotionnelle ainsi que la capacité de demeurer en contact avec le moment présent) représente des facteurs de résiliences chez les survivants (Thompson et al., 2011, p.231). Dans le même ordre d'idée, la disposition au comportement de dissociation qui persisterait chez certains survivants prédirait la gravité du trouble TSPT (Thompson et al., 2011, p.231). Cette dissociation persistante peut être entendue comme une posture ou une attitude radicalement opposée à celle encouragée par la PC (Thompson et al., 2011, p.231).

L'attitude d'ouverture et d'acceptation vis-à-vis l'expérience encouragée par la PC s'oppose clairement à l'EE qui consiste en une tentative d'échapper à une certaine partie de son propre vécu et qui serait à la base d'un certain nombre de pathologies liées à différents types de traumas. À partir d'un échantillon de 378 sujets, Thompson et Waltz (2010) ont

montré que les composantes d'acceptation et de non-jugement de la PC étaient significativement associées à une diminution des symptômes d'EE liés au TSPT. Les types d'EE mesurés dans cette étude étaient la suppression des pensées, l'alexithymie et les mécanismes d'adaptation par l'évitement (tendance à se distraire des stimulus désagréables). Ces auteurs soulignent que la posture d'ouverture et de non-jugement proposée par la PC s'avère bénéfique dans le cadre d'un traitement pour ce trouble ainsi qu'en prévention au développement de celui-ci lorsqu'une personne fait face à une adversité susceptible de conduire vers son développement (Thompson et Waltz, 2010, p.413). Ces résultats confirment l'hypothèse des chercheurs et s'inscrivent en cohérence avec d'autres recherches ayant montré que l'attitude d'acceptation liée à la PC semblait atténuer les tendances à la suppression des pensées et la rumination. Les auteurs soulignent l'importance de maintenir les aspects d'acceptation et de non-jugement dans la compréhension et l'application de la PC (Thompson et Waltz, 2010, p.413).

4.3.2.2 Dissociation

À partir d'un échantillon 106 individus, Bolduc et al. (2014) ont montré que les expériences traumatiques ont tendance à favoriser le développement de stratégies d'adaptation dysfonctionnelle (comme la dissociation) qui, bien qu'apparemment bénéfique à court terme, s'avère très coûteuse pour le développement global de l'individu (Bolduc et al., 2014). Leurs résultats suggèrent que ce type de stratégies augmente les risques de dépression. Ces auteurs ont aussi montré que la PC était pour sa part associé négativement aux symptômes dissociatifs et pouvait par le fait même prévenir le développement de la dépression (Bolduc et al., 2014). Ainsi, la dissociation et la PC auraient respectivement un rôle médiateur dans le développement de la dépression chez les survivants de traumatismes cumulatifs. L'apprentissage de dispositions particulières aux attitudes de PC pourrait donc amener le survivant vers une posture préventive contre le développement des symptômes dépressifs (Bolduc et al., 2014).

La signification du concept de dissociation ne fait pas consensus dans la communauté scientifique. Le concept semble être utilisé pour décrire différents symptômes (Boon, Steele et Van der Hart, 2011, p.37). Sans entrer dans les détails et débats sur la signification et l'utilisation de ce concept, soulignons que de manière générale la dissociation peut être

entendue comme un mécanisme de défense qui affecte directement la capacité d'un individu à intégrer différentes parties de son expérience et par le fait même à développer un sens de soi relativement stable et cohérent (Boon et al., 2011, p.38-39). Notons au passage qu'étant par définition essentiellement insoutenable pour un individu, l'expérience traumatique peut affecter cette capacité d'intégration, notamment chez l'enfant puisque les ressources ou capacités pour y faire face ne sont pas à sa disposition (Boon et al., 2011, p.38-39). En raison de son caractère excessif sur le plan affectif, l'expérience traumatique n'est donc pas intégrée par l'individu et celui-ci se trouve plus ou moins dissocié de cette partie de son expérience (Boon et al., 2011, p.41). Certains facteurs biologiques (fragilité et maturité du cerveau), sociaux (manque de soutien affectif et émotionnel) et environnementaux (manque d'apprentissage au niveau des stratégies de régulation émotionnelle) peuvent rendre l'individu particulièrement vulnérable à la dissociation (Boon et al., 2011, p.43). Soulignons aussi que le mécanisme de dissociation s'apparente au processus d'EE à plusieurs niveaux et que pour certains auteurs les symptômes dissociatifs font explicitement partie des stratégies d'EE (Godbout et al., 2016, p.233).

Selon Forner (2018), bien qu'il existe un grand fossé entre la recherche sur la dissociation et celle sur la PC, ces deux champs de recherche gagneraient grandement en apprentissage mutuel (Forner, 2018, p.2). À cet égard, l'auteure propose une réflexion approfondie sur la possibilité d'un dialogue entre ces deux champs. Sa réflexion se base notamment sur le modèle de Siegel (2009) qui fait converger le champ de l'attachement avec celui de la santé mentale, des neurosciences et de la PC. Siegel montre que le développement d'un attachement optimal est corrélé « neurophysiologiquement » à un état de PC optimal (Siegel, 2007). Forner soutient par le fait même que la dissociation serait une façon, notamment sur le plan cérébral, de survivre à la déconnexion, tandis que l'état neurophysiologique normal de conscience, et plus encore de PC, serait associé à un niveau de connexion (possiblement avec soi et les autres) (Forner, 2018, p. 7). Pour l'auteure, le phénomène de dissociation serait associé à la survie, tandis que la PC pourrait aider à optimiser la qualité de vie des individus à la fois sur les plans individuel et relationnel (Forner, 2018, p. 7).

Face à un environnement stressant ou perçu comme dangereux, notamment sur le plan relationnel, les fonctions cérébrales liées à la PC semblent avoir tendance à s'atrophier afin de faire place aux fonctions défensives (Forner, 2018, p. 7). Le fait de constater que ces deux états sont radicalement opposés, sur les plans cérébral et comportemental, permet de comprendre pourquoi il est difficile pour une personne habituée au réflexe dissociation d'apprendre à adopter une posture de PC, mais aussi comment cette dernière peut lui être bénéfique (Forner, 2018).

La dissociation a un impact considérable sur la régulation des émotions, la conscience du corps et de soi en général ainsi que la gestion des souvenirs envahissants. L'intuition, l'empathie et le rapport aux autres sont aussi souvent affectés par cet état. La dissociation prive l'individu d'informations nécessaires à son fonctionnement et son bien-être (Forner, 2018, p. 8). L'individu qui a appris à se dissocier pour survivre à son environnement développera progressivement une crainte aversive d'un état de conscience ou de PC qui pourrait s'avérer très bénéfique pour son épanouissement ou simplement pour un état de satisfaction (Forner, 2018). Le simple fait de ressentir les émotions ou autres sensations intenses qui prennent racine dans le moment présent peut répugner spontanément le survivant de trauma (Forner, 2018, p. 8). Ainsi le corps se prive des bienfaits associés à la PC dont il pourrait profiter en l'absence de danger. Puisque cela lui semble trop risqué, il apparaît que le corps résiste à un état de PC ou les défenses dissociatives sont mises de côté (Forner, 2018, p. 9). Comme nous le verrons de façon plus détaillée dans la section suivante, avec les troubles dissociatifs, le véritable défi de l'intervenant est d'inviter et d'accompagner prudemment la personne à regagner une expérience pleinement consciente à un niveau de tolérance optimal (Forner, 2018, p. 9).

4.2.3.3 Régulation émotionnelle

À partir d'un échantillon de 95 677 enfants américains âgés de 0 à 17 ans¹¹, Bethell, Gombojav, Solloway et Wissow (2016) ont montré que les conditions émotionnelles, mentales ou comportementales (EMB) étaient significativement associées aux ACE ainsi qu'à la résilience et aux facteurs de protection familiaux (Bethell et al., 2016 p.152). Selon leurs résultats, les individus ayant traversé des ACE avaient considérablement plus de chance (1,65 à 4,46 fois plus) de développer des difficultés liées à des EMB. Les auteurs ont aussi montré que le développement de la résilience atténuait significativement les impacts potentiels des EMB. Le stress des parents et leur engagement dans la vie de leurs enfants sont des facteurs qui influencent significativement la résilience chez les enfants. Les auteurs suggèrent que les traitements basés sur la PC et autres méthodes « corps/esprit » s'avèrent prometteuses en vue de traiter et prévenir le stress chronique et les traumatismes émotionnels qui ont tendance à résulter des ACE ainsi que de développer la résilience (Bethell et al., p.141). Dans le même ordre d'idée, à partir d'un échantillon de 2160 individus, Withaker et al. (2014) ont montré que la disposition à la PC atténuait les effets délétères des ACE.

Considérant le fait que les personnes présentant un trouble de la personnalité limite semblaient présenter des insuffisances quant à leurs capacités de PC, Elices et al., (2015) ont mis en évidence (à partir d'un échantillon de 100 individus) que le névrosisme (forte disposition aux émotions négatives) et les troubles sexuels influençaient significativement et négativement la capacité à agir avec attention. Leurs résultats suggèrent aussi que le névrosisme, l'impulsivité et les abus sexuels influençaient de la même manière la capacité de non-jugement (Elices et al., 2015).

11 Données provenant de « Child and Adolescent Health Measurement Initiative, Data Resource Center for Child and Adolescent Health. Learn about the surveys. Available at: www.childhealthdata.org. Accessed September 17, 2015.

4.3.3 Relation thérapeutique

Parmi les 38 articles que nous avons classés avec un niveau 1 de pertinence, 8 traitaient de la relation thérapeutique de façon plus ou moins importante. Parmi ceux-ci, nous en avons retenu trois qui nous apparaissent amener un éclairage supplémentaire par rapport aux sections précédentes. Ces articles portent respectivement (1) sur les attitudes et compétences en lien avec la PC qui sont développées par les thérapeutes qui pratiquent la PC, (2) le concept de pleine conscience relationnelle ainsi que (3) les notions d'humanité et de vulnérabilité partagée au sein des relations thérapeutiques basées sur la PC.

4.3.3.1 Attitudes et de compétences en lien avec la PC

Les résultats de Cacciatore (2017) ont montré que le développement d'un certain nombre d'attitudes et de compétences issues de la pratique de PC chez les thérapeutes favorise le lien thérapeutique qu'ils développent avec des parents endeuillés. La chercheuse souligne que ces attitudes et compétences permettent une disponibilité relationnelle qui dépasse l'utilisation de simples techniques thérapeutiques chez le thérapeute et qui semble être perçue comme aidante par les clients (Cacciatore, 2017). Les attitudes et compétences identifiées par la chercheuse sont les suivantes : (1) compassion et compréhension (2) non-jugement (3) acceptation de l'expression émotionnelle des parents (4) profonde écoute et ouverture à la narration (5) capacité à traiter les émotions et tester leurs perspectives (Cacciatore, 2017). Nous reviendrons de façon détaillée sur ces compétences lors de la discussion.

4.3.3.2 Pleine conscience relationnelle

Davies (2014) met de l'avant le lien entre la nature interconnectée des êtres humains, la souffrance humaine partagée et l'importance de développer des solutions à cette souffrance par le biais des relations interpersonnelles. L'auteur souligne que le phénomène de l'intersubjectivité est de plus en plus considéré par différents domaines de la psychologie contemporaine¹² comme étant une composante inhérente au développement du soi (Davies, 2014). La prise de conscience, ou encore le fait même de faire l'expérience de l'interrelation

12 Développement de l'enfant, psychologie relationnelle, psychanalyse intersubjective et la neurobiologie interpersonnelle.

comme socle de l'humanité peut, selon l'auteure, apporter un éclairage sur la complexité de la souffrance humaine. Le concept de Dharma¹³ emprunté à la psychologie bouddhiste permet à l'auteur de dépasser la logique individualiste qui marque souvent la compréhension de l'être humain.

Comme nous l'avons vu, le traumatisme peut conduire à une forme de fragmentation de l'expérience (EE, dissociation, incapacité à réguler les émotions, etc.) qui affecte notamment le sentiment de sécurité dans la relation avec les autres. Davies (2014) propose une pratique de PC relationnelle (Dharma relationnel) qui amène le survivant à réintégrer pleinement son expérience par le biais d'une expérience thérapeutique intersubjective au cours de laquelle les enjeux relationnels sont mis en lumière et peuvent se restaurer au sein même de la rencontre avec l'autre (Davies, 2014, p.117).

« This process allows for the possibility of transforming negative or life-diminishing “filters” into associations that widen and deepen identity. In this experience, the appearance of something “foreign,” “not part of,” or “too much,” is relaxed, so that one’s sense of what constitutes a “whole person” naturally broadens and evolves, and a deeper understanding of oneself and the relationship between oneself and others emerges » (Davies, 2014, p. 117).

L'attention portée aux moments relationnels qui émergent continuellement dans la rencontre permet un lieu de rencontre emphatique et sécuritaire qui apaise l'anxiété associée au trauma. Ainsi se développe une vision élargie chez le survivant, où les expériences de soi et de l'autre perdent progressivement leurs caractères menaçants, ce qui le conduit à réintégrer les dimensions perdues de son expérience.

4.3.3.3 Humanité et vulnérabilité partagée

Selon Lord (2010), la relation thérapeutique se caractérise par :

« un amour qui vient d'une collaboration mutuelle de l'humanité et de la vulnérabilité partagées alors que nous cultivons l'espace et le travail sacrés ensemble, développant une intimité et une connectivité en faisant face aux défis sur une période de peut-être des années ». (Traduction libre de Lord, 2010, p.278).

13 Voir définition section 1.4

Sans vouloir nous attarder sur les concepts d'amour et d'espace sacrés longuement développés par l'auteure dans son article, soulignons ici l'importance de l'humanité et de la vulnérabilité partagée ainsi que du développement d'une intimité et d'une connectivité. Suivant l'idée de Surrey (2005), Lord soutient que la qualité de présence que permet la pratique de méditation, notamment au sein même de la rencontre, conduit le client et le thérapeute à « cultiver un lien spirituel à eux-mêmes, les uns aux autres, et à l'univers qui est énergisant et transformateur dans l'interaction psychothérapeutique » (Lord, 2010, p.274). Lord propose de pratiquer un dialogue méditatif, dans lequel le thérapeute et le client porte une attention soutenue à l'espace intersubjectif qu'ils composent, au début de chaque rencontre (Lord, 2010).

« Nous nous assoyons et méditons ensemble pendant 10 ou 15 minutes au début de chaque session, en nous concentrant sur l'espace intermédiaire en tant que source de sagesse et de possibilité. Cet espace offre un confinement sûr et enrichissant à travers lequel on peut travailler pour développer le monde intérieur et la capacité de chacun à avoir des relations empathiques et compatissantes satisfaisantes » (Lord, 2013, p.998).

Le fait de cultiver une relation saine et constructive, en étant par exemple constamment attentif au processus relationnel par le biais de la PC, serait donc favorable dans le cadre du travail avec les survivants de trauma puisque les blessures traumatiques affectent directement la capacité des survivants à être empathique et compatissant avec eux-mêmes et les autres (Lord, 2013, p.997). L'exercice de PC dans un contexte thérapeutique relationnel sécuritaire aurait pour effet de développer ces capacités chez les survivants.

Malgré la complexité de la pratique de PC et l'importance accordée au rapport à soi et aux autres comme manière d'être essentiellement incarnée et relationnelle, la recherche scientifique semble principalement dirigée vers les effets neurologiques afin de valider son utilisation dans le domaine de la santé. Afin d'éviter les ornières du réductionnisme neurologique, notre stratégie a consisté à mettre de l'avant le fait que la pratique de PC, en tant que manière d'être, se présente de façon antithétique aux principaux symptômes du trauma (EE, dissociation et dérégulation des émotions). Au-delà des arguments strictement issus d'une vision « neuro-centrée », du point de vue de l'expérience globale, la pratique de PC se révèle tout à fait favorable au rétablissement des survivants. Le questionnement sur le sens du trauma comme posture existentielle d'évitement de soi et des autres et sur la pratique de PC comme posture existentielle de présence à soi et aux autres, permet d'ouvrir la voie à une

réflexion sur les aspects de la PC comme traitement relationnel pour les survivants qui dépassent une compréhension strictement physiologique et comportementale de cette pratique.

Notre revue de littérature préliminaire nous a conduits vers l'impression que l'aspect relationnel du trauma est peu présent dans les réflexions portant sur les éléments curatifs de la PC. Nous avons ensuite constaté que cette impression a été corroborée par une revue systématique de la littérature. La discussion qui suit vise à approfondir cette réflexion. Nous allons donc tenter de comprendre la place occupée par la relation thérapeutique dans la compréhension de la PC et du trauma. Or, avant d'offrir un examen minutieux de la dimension relationnelle essentielle à la pratique de PC chez les survivants de trauma, nous proposons une réflexion approfondie sur les processus psychologiques comme cadre théorique pour comprendre l'EE et la régulation émotionnelle ainsi que sur les concepts de pilotage automatique, de paradoxe de la douleur et d'intégration qui nous apparaissent nécessaires pour saisir la complexité du phénomène qui nous intéresse.

Chapitre 5. Discussion : rentrer chez soi

L'analyse des résultats nous a permis de mieux comprendre pourquoi une pratique ancestrale, éminemment riche et complexe, se trouvait aujourd'hui réduite, dans le monde occidental scientifique, à un entraînement de l'esprit et du cerveau visant à améliorer la santé. La mise en lumière de la prédominance d'une trame narrative contemporaine marquée par l'individualisme, le réductionnisme et le positivisme, montre par exemple pourquoi l'efficacité de cette pratique est essentiellement évaluée à partir de son effet sur le cerveau. Or, plus encore que de soulever les limites d'une vision « neuro-centrée », nous souhaitons montrer en quoi la pratique de PC dépasse fondamentalement le simple entraînement de l'esprit et du cerveau. À l'instar de Lifshitz et Thompson (2019), nous souhaitons être réceptif aux véritables enseignements de cette pratique.

« Contrary to the neurocentric view, meditation is a deeply social, and fundamentally embodied collection of cultural practices. If we reduce meditative practices to a set of brain patterns, we miss the richness of how these practices work and ignore much of what they have to teach us about human experience » (Lifshitz et Thompson, 2019, paragr. 3).

Notre analyse nous a aussi permis de relever le fait que le trauma n'échappe pas à la vision « neuro-centrée » fortement répandue dans le monde contemporain. Nous comprenons mieux pourquoi les principaux symptômes de trauma peuvent aussi avoir tendance à être évalués et interprétés sous cet angle. Bien que nous n'ayons qu'effleuré le sujet, nous pensons que tout comme la PC, la compréhension de trauma d'un point de vue existentiel, au-delà de ses enjeux neurophysiologiques ou cérébraux, offre des pistes de réflexions précieuses pour saisir la richesse de l'expérience humaine.

Ayant établi les bases conceptuelles et empiriques à partir de la littérature scientifique dans les sections précédentes, la discussion qui suit vise à poursuivre notre investigation sur la base de la question suivante : la pratique de PC peut-elle permettre aux survivants de trauma, qui sont en quelques sortes en exil d'une partie d'eux-mêmes, de regagner progressivement leur pleine expérience ainsi qu'une partie de leur liberté ? Plus précisément, nous suivons les idées selon lesquelles la PC est bénéfique pour les survivants puisqu'elle conduit vers le

développement d'une posture basée sur une présence à soi et aux autres antithétiques à leurs principaux symptômes.

5.1 Approches thérapeutiques et évitement expérientiel

La PC permet de développer des stratégies adaptées aux survivants en ce qu'elles visent directement les mécanismes dysfonctionnels sous-jacents aux symptômes qui caractérisent le trauma (Follette, Palm et Pearson, 2006, p.46). Par exemple, le processus de « défusion cognitive » (percevoir les pensées comme des événements mentaux transitoires sans s'identifier à elles) peut être proposé comme un moyen permettant de mieux vivre avec les intrusions mentales (pensées, souvenirs, etc.) qui peuvent causer un stress (Godbout et al., 2016, p. 235). Le fait d'exercer un effort d'attention soutenue, d'ouverture et de curiosité vis-à-vis sa propre expérience lors de la pratique de PC permettrait le développement et le maintien de différentes fonctions liés à la flexibilité psychologique qui auraient pour effet d'atténuer progressivement les impacts négatifs des souvenirs douloureux ou autres types d'intrusions traumatiques (reviviscences, flashback, etc.) (Godbout et al., 2016, p. 235). Nous pensons qu'une compréhension approfondie des concepts d'EE, de régulation émotionnelle ainsi que de « paradoxe de la douleur » permet de dépasser une vision strictement « neurocentrée » du trauma et de la PC en mettant de l'avant l'idée de processus psychologique. Nous verrons toutefois que ces hypothèses théoriques demeurent marquées par l'individualisme.

5.1.1 Les processus psychologiques comme cadre théorique pour comprendre l'évitement expérientiel et la régulation émotionnelle

Considérant les lacunes importantes quant à l'utilité clinique du DSM-5 (notamment le fait que ce manuel s'intéresse volontairement uniquement aux symptômes sans tenir compte des processus sous-jacents aux troubles diagnostiques), les approches psychothérapeutiques cognitives et comportementales de la troisième vague proposent une alternative à la compréhension des troubles mentaux (Philippot, Bouvard, Baeyens et Dethier, 2015). Les approches processuelles et transdiagnostiques suggèrent que certains processus étiopathologiques sont communs à plusieurs troubles de santé mentale et que ceux-ci devraient

être identifiés ainsi que directement ciblés par les interventions thérapeutiques afin de faire disparaître le trouble en question (Philippot et al., 2015, p.109). Eu égard à cette approche, plutôt que de porter sur les symptômes liés au diagnostic, les interventions thérapeutiques seraient davantage centrées sur les processus psychologiques sous-jacents à ceux-ci. Ces approches offrent un cadre conceptuel qui supporte notre compréhension des concepts d'EE et de régulation émotionnelle qui apparaissent de façon centrale dans notre démarche. Le tableau suivant¹⁴ illustre bien où se situent les processus psychologiques dans le développement d'un trouble mental par rapport aux autres facteurs déterminants ceux-ci.

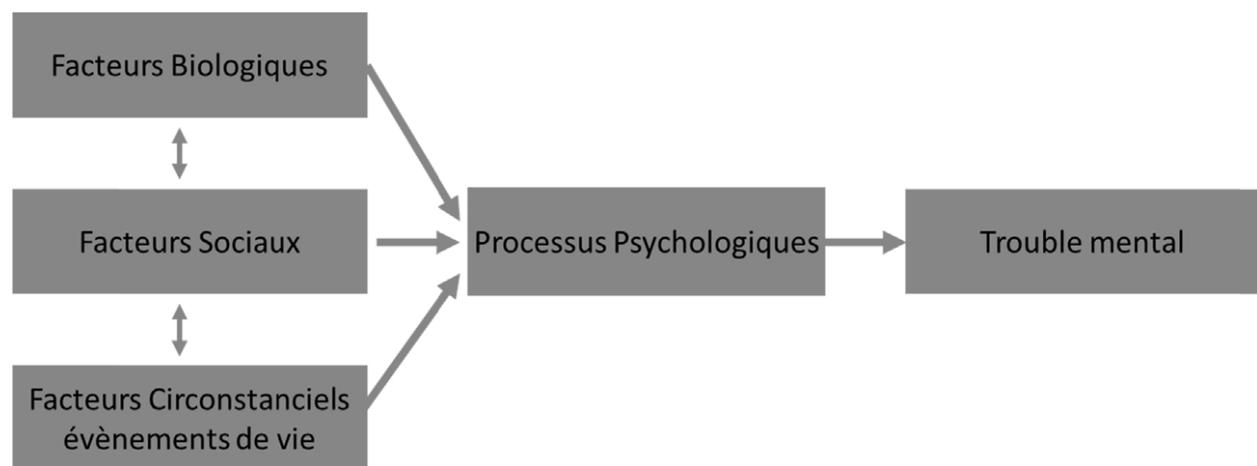


Figure 2. Modèle de la détermination des troubles mentaux de Kinderman et Tai (2007).

Barlow et al. (2007) suggèrent que le mécanisme d'EE, plus spécifiquement l'évitement émotionnel, est à la source de la majorité des troubles de santé mentale (Barlow et al., 2007). De manière générale, l'EE (notamment évalué par l'*Acceptance and Action Questionnaire* (AAQ)) représente un phénomène complexe qui comprend les types de comportements suivants : croyances à l'égard des émotions, comportements d'évitements, peurs des émotions et cognitions, autre réaction d'évitement comme l'inquiétude excessive (Barnhofer, Brennan, Crane, Duggan et Williams, 2014, p. 160). Face à une expérience vécue comme désagréable, la tendance générale serait de supprimer ou d'éviter de ressentir les émotions associées à celle-ci. Or, cette tendance peut devenir pathologique dans la mesure où

¹⁴ Modèle de la détermination des troubles mentaux de Kinderman et Tai (2007).

l'incapacité d'éviter ou supprimer complètement l'inconfort contribue au maintien des affects négatifs. Les tentatives d'éviter les expériences difficiles ou désagréables et inévitables puisqu'inhérentes à l'expérience humaine (tristesse, peur, souvenirs traumatiques, pensées intrusives et autocritique, etc.) conduisent rapidement à un sentiment d'impuissance qui augmente la détresse ressentie (Philippot et al., 2015).

Les tentatives d'évitement peuvent aussi conduire à un appauvrissement de la qualité de vie dans la mesure où l'on tente d'éviter les situations qui semblent générer les inconforts, même si celles-ci peuvent être nourrissantes par ailleurs (Philippot et al., 2015, p.110). Par exemple, plusieurs personnes se privent du contact des autres puisque cela génère de l'anxiété. Ils se privent donc aussi des expériences agréables qui peuvent ressortir des relations interpersonnelles. La plupart du temps l'isolement s'avère plus coûteux qu'avantageux sur le plan psychologique. Le tableau suivant illustre le mécanisme d'évitement émotionnel. La posture d'acceptation et de non-jugement de l'expérience, en tant que composantes essentielles de la PC, s'avère ainsi primordiale dans le maintien d'une bonne santé mentale.

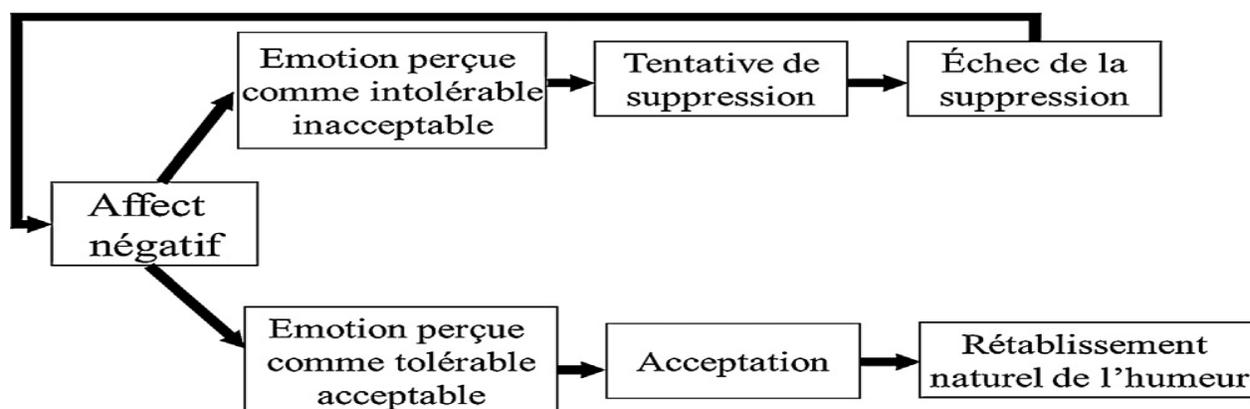


Figure 3. Modèle du maintien de la détresse émotionnelle de Barlow (2013).

5.1.2 Le paradoxe de la douleur

L'idée du « paradoxe de la douleur » inspiré de la philosophie bouddhiste et conceptualisé par Briere et Scott (2012) peut aussi aider à bien saisir la tendance à l'EE et les risques pour la santé mentale qui y sont associés. La douleur étant généralement considérée comme malade au sein de nos sociétés, et par le fait même jugé comme néfaste, on peut, socialement et individuellement, vouloir lui résister (Briere, 2013, p.453). La suppression des

pensées envahissantes, le déni ou encore les troubles liés à l'abus de substances, en tant que comportements qui visent la réduction d'une tension émotionnelle ou autre expériences désagréable, sont des exemples de tentatives pour résister à la douleur. Or, la littérature scientifique démontre clairement que la résistance à la douleur conduit vers une augmentation de la souffrance ainsi qu'une diminution de la conscience (Briere et Scott, 2012). Par exemple, la recherche aurait démontré que les ruminations, la suppression des pensées et l'EE (en générale) contribuaient au développement et au maintien des états dépressifs, notamment puisque ce type de mécanisme renforce la mémoire autobiographique de type abstraite et générale en éloignant l'individu de son expérience concrète et perceptive (Barnhofer et al. 2014 ; Williams et al., 2007).

5.1.3 Au-delà du « neuro-centrisme »

Les hypothèses relatives aux avantages liés aux mécanismes opérants dans la pratique de la PC chez les survivants nous apparaissent significatives dans la mesure où elles permettent de penser le trouble et le traitement sur le plan comportemental en tant que manière d'être et donc au-delà des simples aspects physiologiques et cérébraux. La pratique de PC permet aux survivants de diminuer ou de supprimer l'importance accordée à certains aspects désagréables de leurs expériences, tout en entretenant un rapport de non-opposition avec ceux-ci, ce qui réduirait les difficultés associées à la traversée d'émotions difficiles. L'aptitude à apprécier des expériences différentes que celles associées au trauma permettrait pour sa part aux participants d'être attentifs aux sensations agréables inhérentes à l'expérience du moment présent. Bref, nous suggérons que la compréhension et l'acceptation des réactions traumatiques atténueraient en quelque sorte les difficultés liées à celles-ci. Par exemple, la capacité à prendre du recul par rapport aux pensées envahissantes, aux émotions difficiles et à d'autre forme de douleur, de telle sorte qu'elles soient observées plutôt que subi, ainsi qu'à les considérer comme impermanentes ouvre la voie à une compréhension existentielle de la souffrance et du bien-être. Toutefois, bien que ces hypothèses dépassent une vision strictement « neuro-centrée » de la souffrance et du bien-être, elles sont fortement ancrées dans une vision individualiste de la santé. Il s'agit d'hypothèses à tendance psychologisantes qui renvoient généralement la responsabilité de la souffrance et du rétablissement sur l'individu en ayant tendance à occulter les dimensions relationnelle et structurelle de l'existence humaine.

De manière très générale, ces hypothèses basées sur les processus psychologiques sous-entendent que la personne n'a qu'à développer certaines capacités cognitives et comportementales d'acceptation et d'intégration pour se rétablir. Par exemple, plutôt que de considérer l'expérience traumatique d'un point de vue global, complexe ou encore structurel, entendu comme agissant sur la santé mentale, on pourrait dire qu'une personne ayant vécu une expérience traumatique qui rapporte un état dépressif est simplement une personne enlisée dans un cercle vicieux de pensées négatives associé à l'inquiétude, la peur ou l'anxiété. Tandis que les intervenants du domaine médical auraient généralement tendance à expliquer cet état dépressif sur le plan neurochimique, les psychologues d'orientation cognitive et comportementale pourraient avoir tendance à ajouter des explications comportementales et psychologiques sur la base de ces hypothèses. Bien que cela devrait être démontré de façon rigoureuse, il est possible de soutenir que le contexte global de la personne qui souffre de troubles de santé mentale est rarement considéré dans le réseau de santé. La souffrance est généralement renvoyée à l'individu.

« Le soi y occupe une place démesurée, qui se traduit par des références démultipliées à la souffrance et à l'équilibre désiré de la santé mentale. L'individu est appelé à diriger son regard en lui-même, lieu privilégié contenant la totalité des ressources nécessaires à son accomplissement et son épanouissement personnel, d'où l'importance normative de la « connaissance de soi ». Ainsi, l'individu devra apprendre à reconnaître ses forces afin d'en faire un usage optimal, mais également ses faiblesses, pathologies de l'homme ordinaire, sur lesquelles il devra activement travailler à l'aide de techniques ingénieuses de développement personnel » (Larose-Hébert, 2013, p.12).

Nous suggérons que les arguments strictement neurologiques et comportementaux (processus psychologiques), en plus d'être insuffisants à la compréhension du phénomène dans sa complexité, puisqu'ils ont tendance à exclure les aspects relationnels et sociaux du trouble, peuvent renforcer chez les clients et les intervenants, l'idée selon laquelle l'individu est le principal, sinon le seul responsable de son état et de son rétablissement.

5.2 Intégration comme manière d'exister

La considération des processus psychologiques dans la compréhension du trauma et de la PC donne lieu à un dépassement du réductionnisme cérébral. Cette considération demeure

toutefois marquée par les risques d'un réductionnisme comportemental et psychologique qui caractérise l'individualisme. Afin de poursuivre notre investigation, nous proposons de poser notre regard sur le concept d'intégration. Ce concept permet de penser l'expérience humaine dans son ensemble et sa totalité, évitant ainsi les pièges associés au fait de la comprendre comme étant essentiellement fragmentée en processus psychologiques ou cérébraux. Selon Merleau-Ponty, « l'existence [...] est le mouvement par lequel l'homme est au monde, s'engage dans une situation physique et sociale qui devient son point de vue sur le monde (Merleau-Ponty, 1996, p. 89). Suivant ces propos, nous allons montrer que la PC ou encore l'intégration est essentiellement une manière d'exister, c'est-à-dire une manière *de s'engager dans une situation physique et sociale*, qui s'oppose aux principaux symptômes du trauma. S'engager dans le monde en portant une attention pleine et soutenue à l'expérience globale, consiste à s'ouvrir aux différentes parties du vécu individuel, relationnel et social. Il s'agit d'intégrer celles-ci et de rétablir la tendance à l'évitement et la dissociation qui caractérise le trauma.

5.2.1 Intégration et trauma

La capacité d'intégration est essentielle à la compréhension de l'expérience traumatique puisqu'elle est directement affectée par celle-ci (Treleaven, 2018, p.42). L'intégration peut être entendue comme la capacité d'incorporer les aspects différenciés de l'expérience dans un ensemble constituant un sens de soi cohérent, c'est-à-dire dont les parties adhèrent entre elles de façon à former un tout relativement harmonieux. Cette capacité est très similaire à la posture de PC. Il s'agit de passer d'une expérience plus ou moins diffuse vers un sens de soi constant et plutôt stable, bien que constamment changeant (Boon et al., 2011, p.37). Comme nous l'avons vu précédemment, la dissociation apparaît comme la capacité opposée à celle de l'intégration. Suite à une expérience traumatique, les pensées, souvenirs et émotions peuvent être ressentis comme distinctes de l'expérience vécue, ou encore comme complètement envahissantes, ce qui affecte notre relation à nous-mêmes ainsi qu'à notre environnement (Treleaven, 2018, p.43 et 44). Tandis qu'un environnement sécuritaire sur les plans émotionnel et physique favorise le développement de la capacité d'intégration et par le fait même le maintien d'un sens de soi cohérent et d'une personnalité structurée,

l'environnement opposé pourrait freiner cette capacité et amener l'individu vers un état de dissociation ou vers une tendance à l'EE.

Selon Siegel (2018), l'intégration crée un certain équilibre chez l'individu qui permet un fonctionnement flexible et adaptatif et ainsi une organisation du soi optimal (Siegel, 2018, p. 31-34). Le fait de percevoir les choses comme différentes de soi et distinctes entre elles, ainsi que de pouvoir les relier, permet de les intégrer à l'expérience. L'auteur illustre ce phénomène à l'aide de l'image de la chorale. Les voix y sont à la fois distinctes et reliées et l'ensemble forme un tout harmonieux (Siegel, 2018, p. 32). En ce sens, dans une expérience qui forme un système intégré, le sens du tout est en quelque sorte supérieur à la somme des parties. Pour l'individu, si les différents éléments de l'expérience sont intégrés, le soi s'organise et devient cohérent, évitant ainsi le chaos et la rigidité (Siegel, 2018).

5.2.2 Intégration relationnelle

Selon l'approche de la neurobiologie interpersonnelle, la capacité d'intégration est essentielle au bien-être.

« The central idea of interpersonal neurobiology is that integration is at the heart of well-being. Integration is the linking of differentiated elements into a functional whole. With an integrated system, our lives become flexible, adaptive, coherent, energized, and stable. Without this integration, the flow of our minds moves toward rigidity or chaos. In this way, trauma can be seen to fundamentally impair integration within an individual, dyad, family, or community. Posttraumatic states are filled with experiences of rigidity or chaos that continue the devastation of trauma long past the initial overwhelming events ». (Siegel, 2006, p. 24).

Le trauma nuit significativement à la capacité d'intégration ; les pensées, les souvenirs et les émotions sont coupées de l'expérience puisqu'elles apparaissent comme terrifiantes pour le survivant qui en fait l'expérience. Suite à une expérience traumatique, il semble que notre propre expérience est vécue comme une menace qui génère une peur extrême et une grande anxiété qui nous conduit dans un état d'alerte constant (Treleaven, 2018, p.52). Puisqu'elle n'a pas été intégrée, l'expérience traumatique initiale peut donner l'impression au survivant d'être revécue sur le plan émotionnel (Treleaven, 2018, p. 125). Les traumatismes peuvent aussi affecter l'intégration sur le plan relationnel à l'intérieur de différents groupes (dyade, famille,

communauté). La dissociation et l'EE sont des caractéristiques importantes de l'expérience traumatique, toutefois il est important de noter que ces symptômes ne se réduisent pas à l'expérience individuelle. Les survivants se dissocient aussi des autres se privant ainsi d'un contact relationnel potentiellement curatif (Treleaven, 2018).

Le mouvement naturel d'intégration physiologique, émotionnel et cognitif qui semble directement affecté par le trauma comporte très souvent une dimension relationnelle qui doit être considérée comme primordiale dans le processus de rétablissement. « Therapist can utilize the view that neural integration, a coherent mind, and empathic relationships form three sides of a triangle of mental health that can be seen as the focus of healing in the process of psychotherapy. » (Siegel, 2006, p.26). Il est ainsi nécessaire de souligner que la simple pratique de PC, bien qu'elle favorise l'intégration, est loin de la garantir. Cette pratique gagne grandement à être complétée par une relation thérapeutique basée sur la compassion et l'empathie ainsi que caractérisée par la curiosité, l'ouverture et l'acceptation. Le but de la psychothérapie serait d'accompagner le survivant à regagner sa capacité d'intégration (Siegel, 2006, p.25 et 26). La prochaine section portera spécifiquement sur l'aspect relationnel du rétablissement et de la PC.

5.3 Relation thérapeutique, pleine conscience et trauma

Comme nous l'avons vu, l'expérience traumatique est très fréquente au sein des sociétés modernes et elle conduit généralement à de grandes difficultés d'intégration pouvant aller de l'EE jusqu'à la dissociation. Elle affecte aussi la capacité à réguler les émotions. Nous avons montré comment la pratique de PC, en tant que manière d'être antithétique aux principaux symptômes du trauma, peut être bénéfique aux survivants en les aidant à intégrer progressivement les dimensions occultées de leur expérience. Dans la dernière partie des résultats, nous avons brièvement soulevé l'importance de considérer la relation thérapeutique dans notre compréhension des interventions basée sur la PC au travers les trois thématiques suivantes : attitudes du thérapeute, « PC relationnelle » ainsi qu'humanité et vulnérabilité partagée. Nous allons ici poursuivre cette investigation à partir des hypothèses suivantes : la pratique de PC permettrait-elle aux survivants de trauma de regagner progressivement leur pleine expérience, notamment puisqu'elle favorise le développement et le maintien d'une

relation thérapeutique optimal ? Au-delà d'un simple entraînement cérébral et comportemental, la pratique de PC serait-elle essentiellement un apprentissage à être en relation avec soi et avec l'autre en tant que manière d'exister ?

Notons d'emblée que l'aspect relationnel de la PC permet selon nous d'ouvrir la voie au dépassement des réductionnismes cérébral et comportemental et par le fait de sortir du psychologisme et de l'individualisme. Nous souhaitons montrer que l'individu est inévitablement social et relationnel et que les blessures comme les traitements doivent être considérés dans ce contexte. À cet effet, notre réflexion se déclinera en quatre temps : nous aborderons l'importance des attitudes et compétences du thérapeute ainsi que l'importance de dépasser la simple psychoéducation, puis nous mettrons de l'avant le versant relationnel de la psychothérapie pour finalement soulever le lien entre l'intersubjectivité comme traitement et l'interconnexion comme caractéristique fondamentale de l'existence.

5.3.1 Attitudes et compétences du thérapeute

Il semble qu'historiquement, les courants analytique et comportementaliste aient favorisé chez le thérapeute le développement d'une posture basée sur l'expertise, souvent caractérisée par des habiletés techniques et un savoir-faire qui avait tendance à exclure la subjectivité de ce dernier (Lecompte et Richard, 2006, p.1). En opposition à cette tendance, l'approche humaniste-existentielle a mis de l'avant l'importance pour le thérapeute d'adopter une posture basée sur l'empathie et l'ouverture qui s'avèrerait en quelque sorte être au service du client, lui-même considéré comme l'expert de sa propre expérience (Lecompte et Richard, 2006, p.1).

Les résultats d'un travail précédent qui visait à interroger l'importance de la pratique personnelle de PC chez les intervenants qui utilisaient cette pratique dans un cadre professionnel nous ont permis de faire ressortir un certain nombre d'attitudes et de compétences qui favorisent une « manière d'être » bénéfique à la relation d'aide et qui semblent pouvoir être développées par la pratique de la PC (Thuot-Lepage, 2017). Nous avons notamment conclu que le bon déroulement d'une intervention basée sur la PC nécessite que l'intervenant adopte une posture relationnelle et intersubjective caractérisée par une

présence soutenue et empathique à soi, à l'autre et à la relation. Nous avons aussi montré l'effet de la pratique personnelle sur le développement et le maintien d'une ouverture et d'une présence à soi et à l'autre, d'une bienveillance et d'une capacité à être dans la souffrance ainsi que sur une attitude de curiosité et d'exploration constante en lien avec l'expérience. Selon le point de vue des informateurs interrogés lors de notre collecte de données, la pratique personnelle de la PC chez l'instructeur favoriserait également un enseignement qui respecte l'essence de cette pratique dans le cadre des interventions, par exemple en dépassant la simple transmission de techniques précises ou de connaissances intellectuelles. Bien que le développement des connaissances conceptuelles puisse être tout à fait utile pour s'initier à cette pratique, nos résultats soutiennent que seul un apprentissage basé sur l'expérience peut réellement permettre le développement de cette attitude. En ce sens, il s'agit d'incarner une « manière d'être » globale caractérisée par les attitudes décrites ci-dessus.

Lecompte, Drouin, Savard, et Guillon (2004) remarquent que les programmes de formation initiale pour les cliniciens sont incomplets et par conséquent insuffisants pour permettre à ceux-ci de développer leurs attitudes et leurs compétences relationnelles (Lecompte et al., 2004). Suite à de tels constats, les chercheurs remarquent qu'étant essentiellement basées sur l'apprentissage de techniques spécifiques, les formations pour psychothérapeutes semblent ignorer l'apport de la documentation scientifique entourant les attitudes et compétences favorisant l'émergence d'une relation thérapeutique favorable (Lecompte et al., 2004). Les chercheurs identifient un certain nombre de compétences qui devraient être mises de l'avant dans le parcours des étudiants : la flexibilité, l'attention aux réactions émotives, la curiosité, l'engagement dans un processus d'apprentissage, le fait d'être passionné par la complexité et le caractère d'incertitude de l'être humain ainsi que la capacité à élargir son point de vue et à donner du sens aux situations difficiles (Lecompte et al., 2004).

Lecomte et al. (2004) soulignent l'importance de la conscience réflexive pour un développement optimal des cliniciens. Le fait de s'accorder à soi-même un espace de réflexion qui prend pour objet ses propres états internes et comportements, notamment dans leurs rapports intersubjectifs, permettrait d'accroître la conscience de soi. Il s'agit essentiellement d'entrer en rapport avec sa propre expérience en se la racontant, puis en la modélisant et la

conceptualisant de façon à ce qu'elle puisse être transposée de manière efficace dans les interventions futures. Constatant toutefois que cette conscience réflexive n'atteint son plein potentiel que tardivement dans le parcours des cliniciens, les chercheurs remarquent qu'elle gagnerait à être développée plus tôt (Lecompte et al., 2004). Selon ces chercheurs, la supervision semble être le lieu idéal pour favoriser cet apprentissage dès le début de la pratique des cliniciens. Eu égard à nos constats, notamment issus des résultats de Cacciatore (2017) présenté dans le chapitre précédent, la pratique personnelle de PC chez les cliniciens pourrait s'ajouter aux stratégies identifiées par les auteurs pour développer certaines compétences et atténuer les lacunes liées à leur développement.

5.3.2 Au-delà de la psychoéducation

Il est possible de soutenir que la pratique de PC chez le clinicien représente une activité qui permette d'intégrer des attitudes et compétences favorables au développement d'une relation thérapeutique optimale. Cette perspective laisse entrevoir que la PC pourrait s'avérer une excellente façon de développer le « savoir-être » nécessaire au développement des attitudes et des compétences relationnelles devant être présentes chez l'ensemble des travailleurs sociaux. Cette pratique n'est donc pas seulement un outil thérapeutique visant à être enseigné aux clients.

Conformément à notre idée de posture existentielle, soulignons que les attitudes et compétences associées à la PC dépassent selon nous largement les simples techniques d'intervention. Il s'agit d'une manière d'être où le thérapeute est pleinement attentif au vécu des clients et est en mesure de démontrer à ces derniers qu'ils ont été écoutés et entendus. Le thérapeute cultive aussi une sensibilité continue à l'expérience relationnelle lors de la rencontre, ce qui lui permet de constamment s'ajuster et s'accorder à l'expérience vécue du client de manière idiosyncrasique. Le client est aussi encouragé à être attentif à son vécu et à l'expérience relationnelle en développant progressivement cette manière d'être basée sur la PC.

« While the therapist's focus remains on the experience of the patient, both patient and therapist are engaging in a collaborative process of mutual attentiveness and mindfulness in and through relational joining [...] This view of therapy as co-meditation offers new

possibilities for the therapeutic enterprise [...] Because both therapist and patient are called on to be present to the best of their abilities (to themselves, to the other, and to the movement of the relationship into and out of connection), the therapy process is deepened and enlarged. It begins to show a quality of growth consistent with the broader goals of mindfulness » (Surrey, 2005, pp. 94-95).

Suivant ces propos, nous croyons que l'exploration et la compréhension lors des impasses relationnelles peuvent aussi découler de cette posture développée mutuellement au sein du processus thérapeutique. Bien que nous ayons présenté la pratique de PC comme étant un moyen privilégié favorisant le développement de ces attitudes et compétences bénéfiques à une posture intersubjective au sein de la relation thérapeutique, il est important de souligner au passage que cette pratique n'est pas le seul moyen de développer ce type de posture.

Afin d'illustrer le dépassement des simples techniques, notons que la capacité à entrer en relation avec sa propre souffrance et avec celle des autres pourrait être intimement liée à une disposition à la bienveillance, celle-ci étant notamment caractérisée par une absence de jugement envers soi et l'autre. L'empathie, en tant que capacité à entrer en relation avec la souffrance de l'autre, pourrait être, en quelque sorte, directement liée à une capacité à être bien avec soi-même, capacité qui pourrait elle-même être développée par une pratique personnelle de PC ainsi qu'être partagée au sein même des rencontres thérapeutiques. Mettant de l'avant l'importance des capacités de vulnérabilité et d'ouverture pour favoriser la compassion et l'empathie chez le client et le thérapeute lors de rencontres, les propos de Lord (2013) font écho à cette hypothèse.

« Although many psychotherapists who use meditation in their work teach their clients to meditate in a psychoeducational way, relational and collaborative dialogical practitioners participate with their clients in mutual ways as they meditate together in sessions. This mutuality requires a vulnerability and openness on the parts of both client and therapist that promotes intimacy, an elevated awareness, and increased capacities for compassion and empathy for both participants» (Lord, 2013, p.1004-1005).

Nous croyons que le fait d'être accueillant envers sa propre vulnérabilité, notamment lors des rencontres de thérapie, encourage implicitement le thérapeute et le client à être sensible et bienveillant à la souffrance de ce dernier. Le climat thérapeutique favorise ainsi une réception de cette dernière.

Quintin (2012) soutient que le bon déroulement d'une démarche thérapeutique dépend davantage des attitudes et compétences du clinicien que de la conformité aux règles et usages prescrits par une théorie scientifique précise. Plus spécifiquement, l'auteur reprend la théorie de Gadamer (1996) afin de distinguer trois types de relation à l'autre, dont un seul type semble être adéquat afin de développer une relation thérapeutique optimale. Ce dernier repose sur « l'ouverture à autrui » (Quintin, 2012, p.145). Pour Gadamer (1996), l'ouverture à autrui dépend directement de la disponibilité à être ouvert à soi-même et à son rapport au monde. Dénué de cette ouverture primordiale à sa propre expérience, il est selon lui impossible d'être ouvert aux autres sans préjugé, c'est-à-dire de manière conforme à ce qu'ils sont. Allant en ce sens, nous avons vu qu'il pouvait être très bénéfique aux intervenants qui travaillent avec les survivants d'apprendre à cultiver une présence à eux-mêmes dans le cadre de leur cheminement et de leurs interventions. Ce rapport à soi permet d'être attentif et ouvert au vécu expérientiel au sein de la relation thérapeutique afin de maintenir un champ intersubjectif fécond et réparateur pour le client. Il s'agit d'habiter le monde relationnel par le biais d'une appréhension intuitive basée sur une ouverture emphatique et soutenue. Les résultats de notre démarche permettent de suggérer que les intervenants gagnent à opérer un « changement radical » dans leurs relations à eux-mêmes, aux autres et au monde.

5.3.3 Vers une psychothérapie pleinement et essentiellement relationnelle

À ce stade-ci, il apparaît pertinent de rappeler les propos de Hick et Bien (2008) concernant l'importance de considérer la relation thérapeutique dans notre équation. Suivant les résultats de Norcross (2002), les auteurs suggèrent que les techniques spécifiques en tant que telles ont une influence plutôt limitée sur le rétablissement des individus qui suivent une psychothérapie (5 à 15% de la variance des résultats). Outre les circonstances indépendantes de la psychothérapie, l'élément déterminant au sein du processus psychothérapeutique serait plutôt la relation thérapeutique, soit le système intersubjectif formé par le client et le thérapeute. Puisque ce fait s'applique fort probablement aux traitements basés sur la PC, les auteurs remarquent la nécessité de bien comprendre le rôle joué par la relation thérapeutique au sein de ceux-ci (Hick et Bien, 2008, p.50-51).

« Si la pleine conscience est considérée comme une manière d'être dans le monde plutôt qu'un ensemble de méthodes instrumentales, alors peut-être que la relation est encore plus importante. Après tout, les relations concernent principalement la façon dont nous sommes avec une autre personne ou d'autres personnes. La pleine conscience nous guide dans la manière d'être profondément présent avec nous-mêmes et avec les autres » (Traduction libre de Hick et Bien, 2008, p.50-51).

Le bon déroulement d'une démarche thérapeutique dépend davantage des attitudes et compétences du clinicien que de la conformité aux règles et usages prescrits par une théorie scientifique précise (Quintin, 2012, p.125). Les attitudes du clinicien ont un impact direct sur la qualité ainsi que le développement et le maintien de la relation thérapeutique. Or, il apparaît que cette dernière peut être pensée en elle-même comme un tout, plutôt qu'à partir de l'une ou l'autre de ses parties. Au cœur du processus thérapeutique, la PC serait ainsi essentiellement une manière de s'engager pleinement dans un monde primordialement relationnel.

Bien que la relation thérapeutique soit à la base de l'ensemble des processus de psychothérapie, son importance apparaît particulièrement significative dans le contexte du travail sur le trauma. Comme nous l'avons remarqué à quelques reprises, les blessures traumatiques sont souvent d'origine relationnelle et ont généralement de grands impacts sur la capacité des survivants à développer des relations saines.

«The core experiences of psychological trauma are disempowerment and disconnection from others. Recovery, therefore, is based upon the empowerment of the survivor and the creation of new connections. Recovery can take place only within the context of relationships; it cannot occur in isolation. In her renewed connections with other people, the survivor re-creates the psychological faculties that were damaged or deformed by the traumatic experience. These faculties include the basic capacities for trust, autonomy, initiative, competence, identity, and intimacy. Just as these capabilities are originally formed in relationships with other people, they must be reformed in such relationships» (Herman, 1997, p. 233).

Eu égard à ces propos, il est possible de penser qu'un traitement approprié pour ce type de blessures doit inévitablement prendre forme dans le cadre d'une relation thérapeutique de qualité. Nous suggérons qu'un des principaux éléments curatifs des interventions basées sur la PC auprès des survivants de trauma réside dans le fait que l'utilisation de la PC influence la qualité de la relation thérapeutique. Comme nous l'avons vue, la PC conduit l'intervenant et le

client à adopter une posture relationnelle et intersubjective caractérisée par une présence soutenue et empathique à soi, à l'autre et à la relation (conduisant le client à une posture d'ouverture à lui-même et à l'intervenant).

Comme présenté précédemment, considérant la nature interconnectée des êtres humains, la souffrance humaine est nécessairement partagée de manière intersubjective. Il est donc inévitable qu'elle soit traitée par le biais des relations interpersonnelles (Davies, 2014). Le thérapeute est directement enchâssé dans la dyade thérapeutique et son rôle est d'offrir un foyer relationnel favorable à la résonance émotionnelle et au développement de la régulation et l'organisation émotionnelle (Storolow, 2002, p.7). Suivant cette idée, il est possible de penser qu'une réflexion approfondie sur le processus thérapeutique doit d'abord et avant tout porter sur la relation thérapeutique en tant que telle et non plus simplement sur l'un ou l'autre des pôles de la dyade en tant que subjectivité opposée ontologiquement. Avec Storolow et suivant l'approche intersubjective, nous suggérons qu'une réflexion sur le sens du processus thérapeutique « s'oriente résolument vers un contextualisme phénoménologique [...] choisissant comme objet central d'investigation les systèmes dynamiques intersubjectifs (Storolow, 2002, p.1). Plus encore, nous pensons que le trauma et la PC doivent aussi essentiellement être pensés sur la base d'un « contextualisme phénoménologique » et des « systèmes dynamiques intersubjectifs » qui les définissent.

5.3.4 Intersubjectivité et interconnexion

L'idée que nous entretenons un rapport relationnel d'entrelacement intime avec le monde (et les autres) sur lequel nous nous ouvrons spontanément et continuellement, a progressivement conduit les psychologies relationnelles à établir la primauté du contexte intersubjectif par rapport à la subjectivité.

« Le psychisme humain et l'expérience subjective personnelle sont essentiellement interactifs et relationnels [...] Nous ne faisons que commencer à comprendre comment cette interaction permanente façonne le psychisme et le comportement humains et ce, à différents niveaux d'organisation psychique. Le postulat central de cette vision pourrait se résumer comme suit : l'expérience personnelle émerge, se construit et s'organise de façon continue dans le contexte des relations aux autres » (Lecomte et Richard, 2006, p.146).

Suivant le postulat de la nature essentiellement relationnelle de l'existence humaine, une attention particulière doit évidemment être accordée au phénomène d'intersubjectivité qui sous-tend la relation thérapeutique dans le cadre de la psychothérapie.

La théorie de l'intersubjectivité insiste sur l'importance d'interroger la subjectivité, non pas comme une expérience isolée où l'individu est essentiellement replié sur lui-même, mais plutôt comme fondamentalement émergente d'un contexte relationnel.

« L'intersubjectivité propose deux prémisses fondamentales : au plan ontologique, l'expérience subjective personnelle émerge à l'intérieur d'un contexte dynamique et fluide de subjectivités entremêlées ; au plan épistémologique, il nous est impossible de nous extraire de nos subjectivités pour observer les choses « telles qu'elles sont ». Le processus thérapeutique est alors compris comme étant façonné par deux sujets dans un champ d'influence intersubjective plutôt que se déployant à l'intérieur d'un individu — comme on avait tendance à le voir traditionnellement — autant en psychanalyse, en thérapie comportementale et cognitive, qu'en psychologie existentielle humaniste » (Lecomte et Richard, 2006, p.146)

Notre compréhension de la pratique de PC s'inscrit directement en adéquation avec ce point de vue. Entendue comme un niveau d'expérience concret, la posture de PC entretient un rapport d'ouverture et de curiosité où l'on est invité à habiter pleinement un monde dont on fait intimement partie, mais duquel on peut avoir tendance à se retirer (ex. fabulations, ruminations, EE, dissociation). Notons au passage que ce type d'expérience n'est pas sans rappeler la posture phénoménologique qui vise le retour « aux choses mêmes » et qui propose un mode d'appréhension intuitif des phénomènes permettant d'accéder à une connaissance directe et immédiate de ceux-ci tels qu'ils apparaissent. Pour le clinicien, « revenir aux choses mêmes » correspond à ne pas se retirer de son expérience subjective et intersubjective.

La mise en contexte radical des expériences subjectives émotionnelles proposées par la théorie de l'intersubjectivité semble très bien s'accorder avec l'idée d'interconnexion suggérée par la psychologie bouddhiste selon laquelle le monde est essentiellement un ensemble de phénomènes interconnectés et interdépendants les uns par rapport aux autres (Davies, 2014). La pratique de PC permet d'être sensibilisée progressivement à la nature interdépendante des phénomènes ainsi que de faire progressivement l'expérience d'être interconnectée avec les

autres, ce qui favoriserait notamment le développement d'une relation profonde et curative au sein du processus thérapeutique (Pollak, 2014, p.23).

Alper (2016) propose un modèle d'utilisation de la PC en psychothérapie qui situe l'intersubjectivité, en tant que composante émergente du contexte relationnel thérapeutique, de manière centrale. La compréhension ou l'expérience par le thérapeute que la subjectivité est essentiellement relationnelle serait nécessaire au bon déroulement de la thérapie (Alper, 2016, p.161). L'auteur propose une compréhension de la subjectivité ou du soi comme fondamentalement non séparer et « co-émergent » de façon contingente au sein de la dyade relationnelle (Alper, 2016).

«In the present moment there is no experience of separate self. We construct our sense of separate self with narrative, which requires past and future constructed from memory and fantasy. Without past and future, our separate self-identity, the story we tell ourselves about who we are, falls away. There is just what is, in the present moment » (Alper, 2016, p.162).

L'impression ou le sentiment d'être un « soi » fondamentalement distinct des autres seraient le résultat d'une construction narrative basée sur les idées de passé et de futur. Cette temporalité est en quelque sorte ajoutée au moment présent sans être inhérente à celui-ci. Ainsi, au cœur du moment présent il n'est pas de soi séparé des autres (Alper, 2016, p.162). « L'intersubjectivité renvoie à l'idée que notre identité dépend entièrement du contexte relationnel, situationnel et historique dans le moment présent. L'expérience de soi, en particulier, est façonnée et déterminée par son contexte relationnel » (Traduction libre de Alper, 2016, p.164). L'auteur renvoie à la théorie de l'intersubjectivité en soutenant que la relation est le lieu fondamental qui permet l'émergence de toute expérience subjective. Cette dernière pourra ainsi se modifier en fonction du contexte intersubjectif.

L'attention portée au champ intersubjectif dans un contexte thérapeutique nécessite une qualité de présence qui s'apparente à la posture basée sur la PC et qui peut être développée ou soutenue par celle-ci (Alper, 2016, p.171). Rappelons que le postulat de la primauté de l'interconnexion, notamment de l'intersubjectivité, suppose que nous ne sommes pas d'emblée un sujet isolé s'ouvrant ensuite sur l'autre ou pouvant être en contact avec un ensemble de données, ou une somme d'éléments distincts les uns des autres, comme le préjugait le

cartésianisme classique. L'expérience intersubjective pleinement consciente n'est pas une attitude vis-à-vis de soi ou de l'autre qui procède analytiquement en abstrayant et isolant l'un ou l'autre des pôles de la dyade relationnelle (Alper, p.171). La primauté de l'interconnexion et de l'intersubjectivité suppose que l'expérience relationnelle est plutôt une insertion naturelle dans le monde qui précède en quelque sorte l'attitude analytique qui abstraie et isole ces deux des pôles l'un de l'autre. Une posture intersubjective pleinement consciente consiste à être continuellement et pleinement engagé dans un moment purement et simplement relationnel. L'abandon d'une posture basée sur la croyance en une subjectivité isolée ou distincte de l'autre pourrait faire place à un moment relationnel curatif (Alper, p.171).

Nous avons mis en évidence que le rôle du thérapeute qui travaille avec les survivants est d'abord et avant tout d'offrir un foyer relationnel favorable à la résonance avec l'expérience de ce dernier et au développement de la régulation et l'organisation émotionnelle. Ce foyer relationnel permet ainsi d'intégrer la complexité d'une expérience fragmentée par le trauma. Retrouvant un lieu d'ouverture sécuritaire dans la relation à l'autre (Storolow, 2002, p.7), le survivant pourra regagner la globalité de son expérience en prenant de l'expansion et de la flexibilité sur les plans émotionnel, cognitif, relationnel et social. Plus encore, nous avons suggéré que la PC peut soutenir ce processus d'intégration en permettant le dévoilement d'un contexte essentiellement intersubjectif et interconnecté au sein même du processus thérapeutique. Notons finalement, et de manière plus radicale encore, que ce dévoilement peut s'initier par la simple présence d'un thérapeute « pleinement conscient ».

«Whether or not you explicitly teach mindfulness practices to your clients, your own mindfulness practice is expressed as healing presence in the therapeutic relationship, and it informs inquiry, investigation, and optimal responsiveness in the therapeutic encounter and dialogue. In teaching mindfulness practices explicitly to clients, I believe it is your embodiment of the practice in your teaching, as much as the practice itself, that determines its therapeutic efficacy for your clients. In other words, your healing presence and embodiment of mindfulness is the teaching as much as any particular practice you might teach » (Alper, 2016, p. 195).

Au-delà des techniques de psychoéducation, la qualité de présence développée par la pratique de PC apparaît curative en elle-même. Remarquons que cet aspect précis de la pratique, en tant que présence curative au sein de la relation thérapeutique, représente peut-être la pièce

manquante du « puzzle » en lien avec l’hypothèse proposée par Hick et Bien (2008, p.50-51) qui a constitué le point de départ de notre investigation.

5.4 Limites

Ce mémoire comporte un grand nombre de limites. Les enjeux associés au lien entre la PC et le trauma sont multiples et complexes et auraient pu être abordés de plusieurs manières. Par exemple, il aurait été pertinent de questionner les travailleurs sociaux quant à leur expérience de la pratique de PC et de leurs interventions liées à celle-ci afin de saisir leur perception et représentation par le biais d’une recherche qualitative. Nous retenons aussi certaines limites en lien avec le fait que nous n’avons pas abordé directement les aspects sociopolitiques, notamment en lien avec la question de la justice sociale, qui occupe pourtant une place importante dans notre compréhension et réflexion personnelle de la PC.

5.4.1 Études empiriques

Nos résultats repose une analyse des argumentations scientifiques. En ce sens, nous sommes loin d’avoir pu établir l’une ou l’autre de nos hypothèses comme des faits démontrés scientifiquement. Nous avons essentiellement tenté ici de comprendre les arguments existants en faveur de celles-ci. Afin d’approfondir notre problématique sur le plan empirique, il aurait été pertinent de rassembler les perspectives de certains travailleurs sociaux ou psychothérapeutes qui travaillent avec les survivants en intégrant la PC dans leurs pratiques. Plus précisément, à travers leurs points de vue, le lien entre PC et trauma (EE, régulation émotionnelle et relation thérapeutique), auraient être pu documenté par le biais d’une stratégie de collecte de données qui s’appuie sur l’entrevue individuelle. L’entrevue individuelle nous aurait permis une cueillette d’information à caractère essentiellement qualitatif. Cette perspective aurait permis de regrouper les opinions d’informateurs possédant une expertise sur le sujet ainsi que certaines idées maîtresses possiblement récurrentes au sein des entrevues. Nous aurions certainement pu recueillir des informations composées de plusieurs éléments dont la subtilité des nuances a pu échapper à notre approche.

5.4.2 Pleine conscience, justice sociale et aspects sociopolitiques

Eu égard à notre appartenance au champ du travail social, nous avons tenté de mettre de l'avant les approches constructiviste et systémique afin d'amener un éclairage qui dépasse la tendance psychologisante, réductionnisme et individualiste de cette pratique, notamment en prenant en compte la complexité de cette pratique au niveau individuel et relationnel. À cet effet, nous avons suggéré une critique de la connaissance scientifique issue du positivisme et du réductionnisme et nous avons proposé une réflexion sur l'intersubjectivité en tant que système relationnel dans la dernière partie des résultats ainsi qu'à titre de discussion à la fin du travail. Or, force est de constater que notre réflexion n'a pas su s'étendre jusqu'aux aspects sociopolitiques.

Nous croyons qu'une des limites principales de ce mémoire est le fait qu'il n'aborde pas directement et explicitement la question de la justice sociale. La qualité de présence à soi et aux autres (ouverture, curiosité, bienveillance, etc.) développés par la pratique de PC peut conduire à prendre rigoureusement conscience de la souffrance systémique provoquée et maintenue par les inégalités sociales. Loin de permettre seulement cette prise de conscience, la pratique de PC peut offrir des outils concrets qui permettent de faire face aux défis soulevés par une analyse critique et structurelle de la condition humaine (Hick et Furlotte, 2009). En tant qu'étudiant en travail social, nous aurions souhaité aborder de front cet aspect lors de la discussion. Pour des questions de temps et d'intérêt initial, nous avons toutefois concentré nos efforts sur l'importance de la dimension intersubjective du trauma et de la PC qui ressort de notre analyse.

Dans le même ordre d'idée, il aurait été intéressant de montrer comment la PC permet une sensibilisation au contexte social de chacun et des effets de ce contexte sur la santé mentale. En faisant ressortir l'idée d'interconnexion qui s'inscrit aux racines de cette pratique, il semble qu'une lecture systémique et constructiviste de la PC comme « manière d'être » au sein d'un environnement pourrait grandement aider les travailleurs sociaux à poser un regard approfondi sur les dimensions sociales de la souffrance humaine, notamment en lien avec les inégalités sociales. Par exemple, les attitudes et compétences issues de la pratique de PC peuvent permettre aux travailleurs sociaux de s'ouvrir sur le fait que nous sommes tous issus

de certains groupes, que nous portons en nous une identité culturelle et que plusieurs types de relation sont caractérisés par des systèmes d'oppression (internalisé et externalisé). Nous croyons que la PC peut sensibiliser le travailleur social à sa propre identité culturelle et à son impact sur son travail ainsi qu'à l'identité culturelle des individus en difficulté, à la dynamique relationnelle au sein des interventions et aux systèmes d'oppression qui marquent violemment la société moderne. Comme nous l'avons brièvement souligné précédemment, il semble que la PC peut aussi permettre d'éviter une culpabilité paralysante qui pourrait résulter de cette prise de conscience (Hick et Furlotte, 2009).

5.5 Retombée : pertinence du projet pour l'amélioration de la pratique

Bien que les retombées concrètes pour la recherche et les pratiques sont sommes toutes limitées, le simple fait de sensibiliser le monde du travail social à la pratique de PC et d'encourager son développement au sein de cette discipline constitue une retombée significative. Par ailleurs, il apparaît essentiel de continuer à questionner les risques d'une vision de la PC qui s'avère strictement psychologisante issue des paradigmes individualiste et réductionniste. Plus précisément, il nous apparaît important d'interroger l'impact d'une pratique de PC psychologisante, qui pourrait avoir pour effet de renforcer la croyance en la responsabilité individuelle, sur l'efficacité du traitement. Nous croyons aussi qu'il est essentiel d'examiner la possibilité de concevoir la PC comme une réponse à un certain « nihilisme » qui caractérise notre époque.

À titre d'exemple, remarquons que le système de soin semble de plus en plus se soumettre à la dictature de l'utilité, de la gestion et de la performance. Par exemple, avec l'arrivée des thérapies brèves, l'importance de la compréhension et la connaissance de soi en tant que sujet complexe se trouvent minimisées au profit de l'établissement d'objectifs clairs pouvant conduire à des changements de comportement.

« La rationalité de l'industrie envahit le discours thérapeutique ; suivre une thérapie pour mieux gérer ses symptômes, son stress, ses comportements, ses problèmes de vie [...] Nous assistons à une atomisation des objectifs, ce qui ne peut être fait qu'avec l'exclusion du « prendre conscience ». Nous nous intéressons au plus petit geste, mais

nous oublions la totalité. Nous sacrifions le contenu pour s'intéresser à comprendre « comment s'y prendre » de sorte que l'attention se porte sur le savoir-faire, sur la compétence. Nous enseignons une technique, mais nous écartons la culture de soi » (Quintin, 2012, p.136 et 137).

Nous croyons que le rétablissement des survivants d'expériences traumatiques consiste essentiellement à apprendre à être pleinement sujet et que par le fait même le rôle du travailleur social est essentiellement d'assister la personne à cet effet. En opposition une posture thérapeutique basée sur un mode de gestion efficace et productif, il semble que la posture d'ouverture, de curiosité et de bienveillance entraînée par la pratique de la PC soit tout à fait bénéfique à un espace relationnel et thérapeutique « subjectivant » et intersubjectif. La PC, comme l'intervention en santé mentale vise essentiellement la réappropriation d'une entèreté en tant qu'être humain. Dans le cadre d'une intervention, l'intervenant comme celui qui est en rétablissement s'efforcent et apprennent, d'instant en instant, à être pleinement eux-mêmes. La retombée la plus significative est définitivement le fait que cette réflexion aide à maintenir chez l'étudiant une pratique d'intervention basée sur des valeurs prédominantes pour le travail social.

Conclusion

Plus de la majorité des individus auront à faire face à une expérience traumatique au cours de leur vie et cette expérience aura probablement des conséquences importantes sur leur développement. En plus d'affecter les capacités de présence à soi et de régulation des émotions, les effets des expériences traumatiques ont généralement un impact considérable sur la capacité à être en relation avec les autres. Comme nous l'avons vu, la PC permet de cultiver un rapport particulier à soi-même essentiellement basée sur une qualité d'ouverture bienveillante à sa propre expérience contribuant au maintien d'une intégration globale de l'expérience vécue. La réflexion actuelle révèle que cette présence à soi, pour être curative, est aussi nécessairement une présence à l'autre, venant ainsi rétablir la blessure relationnelle qui accompagne généralement le trauma.

Le monde de la santé actuel se caractérise par la production constante d'un besoin de performance. La quantification, l'optimisation, la réduction des coûts sont les mots d'ordre de la gestion managériale qui envahit le système public de soin. Eu égard à la pression constante à laquelle ils sont soumis, la qualité de relation offerte par les travailleurs sociaux peut être grandement affectée. Compte tenu de la nécessité pour les survivants d'expériences traumatiques d'apprendre à regagner la complexité de leur monde émotionnel et relationnel à partir de relation saine et sécuritaire, notamment auprès des professionnels de la santé, il est légitime de se demander si le système de soin actuel est à même d'accomplir sa mission. Loin d'être une panacée pouvant remédier aux maux complexe du monde contemporain, la PC offre plusieurs pistes de solutions dignes d'une sérieuse attention.

Proposant essentiellement de s'appliquer à être attentif et curieux par rapport à son lien avec soi-même et les autres, la PC, en son essence, peut apparaître comme un geste fondamentalement révolutionnaire. D'une part, elle propose la possibilité de comprendre l'existence humaine comme comportant des dimensions d'un ordre qui échappent à la pensée objective et d'autre part elle nous rapproche de nos racines profondément humaines (Midal, 2014, p.12), nous éloignant ainsi du piège de l'individualisme. Plus spécifiquement, notre intuition est que l'élément curatif de cette pratique est directement lié au fait que cette

humanité grandissante permet d'être ouvert et curieux face à soi-même et aux autres. Finalement, nous croyons radicalement que la PC est bien plus qu'un outil d'intervention visant à réguler les émotions, à gérer les pensées et à entraîner certains circuits cérébraux. Nous croyons que « la méditation [...] doit permettre de dénoncer l'inhumanité partout où elle règne plutôt que de l'ignorer en étant comme une sorte de confortable anesthésiant » (Midal, 2014, p.66).

Bibliographie

- Afifi, T. O., MacMillan, H. L., Boyle, M., Taillieu, T., Cheung, K., et Sareen, J. (2014). Child abuse and mental disorders in Canada. *CMAJ*, 186(9), 324-E332. <https://doi.org/10.1503/cmaj.131792>
- Allen, J. G. (2005). *Coping with trauma: Hope through understanding* (2nd ed.). Arlington, États-Unis : American Psychiatric Publishing, Inc.
- Allen, J. G. (2001). *Traumatic relationships and serious mental disorders*. Chichester, Angleterre : John Wiley & Sons.
- Allen, J. G., & Fonagy, P. (2006). *Handbook of mentalization-based treatment*. Londre, Angleterre : John Wiley & Sons.
- Allen, J. G., Fonagy, P., & Bateman, A. W. (2008). *Mentalizing in clinical practice*. Washington, États-Unis : American Psychiatric publishing.
- Alper, S. A., (2016) *Mindfulness meditation in psychotherapy : an integrated model for counselors and clinicians*. Oakland, États-Unis : New Harbinger Publications, Inc.
- American Mindfulness Research Association (AMRA) (2016). AMRA serves as a professional resource to the sciences and humanities, practice communities, and the broader public on mindfulness from the perspective of contemplative practice.
- AMRA...Informing mindfulness research and practice. Repéré à : <https://goamra.org>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, États-Unis: Author.
- Atwood, G.E., (2011), *The abyss of madness*, New York, Etats-Unis : Routledge.
- Ausloos G. (1994). La compétence des familles, l'art du thérapeute, *Service social*, vol. 43(3), p. 7-22. <http://id.erudit.org/iderudit/706665ar>
- Badal-Leguill, C. (2003). Les preuves de l'existence de soi. La nouvelle croisade du sujet post-moderne. *Études*, vol. 3, no 3986, 765-776. <https://www.cairn.info/revue-etudes-2003-6-page-765.htm>

- Barlow, D.H. , Bullis J.R. , Comer J.S, et Ametaj A.A. (2013). Evidence-based psychological treatments: an update and a way forward, *Ann Rev Clin Psych*, (9) 1-27
- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Bullis, J. R., Gallagher, M. W., Murray-Latin, H., Sauer-Zavala, S., ... Cassiello-Robbins, C. (2017). The Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders Compared With Diagnosis-Specific Protocols for Anxiety Disorders: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*, 74(9), 875-884. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.2164>
- Barnhofer, T., Brennan, K., Crane, C., Duggan, D., et Williams, J. M. G. (2014). A comparison of vulnerability factors in patients with persistent and remitting lifetime symptom course of depression. *Journal of Affective Disorders*, 152-154, 155-161. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.09.001>
- Basharpoor, S., Shafiei, M., et Daneshvar, S. (2015). The Comparison of Experimental Avoidance, Mindfulness and Rumination in Trauma-Exposed Individuals With and Without Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) in an Iranian Sample. *Archives of Psychiatric Nursing*, 29(5), 279-283. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2015.05.004>
- Bethell, C., Gombojav, N., Solloway, M., et Wissow, L. (2016). Adverse Childhood Experiences, Resilience and Mindfulness-Based Approaches. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 25(2), 139-156. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2015.12.001>
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., ... Devins, G. (2006). Mindfulness: A Proposed Operational Definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(3), 230-241. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bph077>
- Bitbol, M. (2014). *La conscience a-t-elle une origine ? : Des neurosciences à la pleine conscience : une nouvelle approche de l'esprit*. Paris, France : Flammarion.
- Bolduc, R., Bélanger, A., Bigras, N., Godbout, N., Hébert, M., Goulet, M. et Beaulieu-Prévost, D. (2014). Trauma cumulatif et dépression : le rôle médiateur de la dissociation. (s. d.). 36ième Congrès annuel de la Société Québécoise pour la Recherche en Psychologie (SQRP), 28-30 mars 2014, Montréal, Canada. https://www.researchgate.net/publication/261177162_Trauma_cumulatif_et_depression_le_role_mediateur_de_la_dissociation
- Bolduc, R., Bigras, N., Daspe, M.-È., Hébert, M., et Godbout, N. (2018). Childhood Cumulative Trauma and Depressive Symptoms in Adulthood: the Role of Mindfulness

and Dissociation. *Mindfulness*, 9(5), 1594-1603. <https://doi.org/10.1007/s12671-018-0906-3>

Boon, S., Steel, K., et Van der Hart, O. (2011). *Coping with Trauma-Related Dissociation. Skills training for patients and therapists*. New York, États-Unis ; WW Norton.

Boughner, E., Thornley, E., Kharlas, D., et Frewen, P. (2016). Mindfulness-Related Traits Partially Mediate the Association Between Lifetime and Childhood Trauma Exposure and PTSD and Dissociative Symptoms in a Community Sample Assessed Online. *Mindfulness*, 7(3), 672-679. <https://doi.org/10.1007/s12671-016-0502-3>

Brach, T. (2016), *L'acceptation radicale* (traduit par Daniel Roche). Paris, France : Belfond.

Briere, J. (2013). Mindfulness, Insight, and Trauma Therapy. Dans Germer, C K., Siegel, R D. et Fulton, P R. *Mindfulness and Psychotherapy* (2^e éd., p.446-480). New York, États-Unis : The Guilford Press.

Briere, J. et Scott, C. (2012). *Principles of trauma therapy: A guide to symptoms, evaluation, and treatment* (2nd ed.). Thousand Oaks, Californie, Etats-Unis: Sage.

Brothers, D. (2008). *Toward a Psychology of Uncertainty : Trauma-Centered Psychoanalysis*. New-York : The Analytic Press.

Bowen, S., Chawla N. et Marlatt, A. (2013). *Addictions : prévention de la rechute basée sur la pleine conscience*. Bruxelles, Belgique : De Boeck.

Bowen S., Witkiewitz, K., Clifasefi, S. L., Grow, J., Chawla, N., Hsu, S. H., ... Larimer, M.E. (2014). Relative efficacy of mindfulness-based relapse prevention, standard relapse prevention, and treatment as usual for substance use disorders: a randomized clinical Trial. *JAMA Psychiatry*, 71(5), 547-556. 10.1001/jamapsychiatry.2013.4546

Cacciatore, J. (2017). 'She used his name': provider trait mindfulness in perinatal death counselling / 'Ella usó el nombre de él': mindfulness de los rasgos del proveedor en la terapia por muerte perinatal. *Estudios de Psicología*, 38(3), 639-666. <https://doi.org/10.1080/02109395.2017.1338550>

Caldwell, J. G. et Shaver, P. R. (2015). Promoting Attachment-Related Mindfulness and Compassion: a Wait-List-Controlled Study of Women Who Were Mistreated During Childhood. *Mindfulness*, 6(3), 624-636. <https://doi.org/10.1007/s12671-014-0298-y>

- Caplan, M., Portillo, A. et Seely, L. (2013). Yoga Psychotherapy: The Integration of Western Psychological Theory and Ancient Yogic Wisdom. *Journal of Transpersonal Psychology*, 45(2), 139-158.
- Center for Mindfulness Studies (2011). Organisme de développement professionnel et de prestation de services pour les interventions axées sur la pleine conscience au Canada.
Repéré à <https://www.mindfulnessstudies.com/mindfulness/>
- Centers for Disease Control and Prevention (2015). Repéré à :
https://www.cdc.gov/violenceprevention/acestudy/ace_brfss.html
- Crowder, R. (2016). Mindfulness based feminist therapy: The intermingling edges of self-compassion and social justice. *Journal of Religion & Spirituality in Social Work: Social Thought*, 35(1-2), 24-40. <https://doi.org/10.1080/15426432.2015.1080605>
- Davidson, R. et Goleman, D. (2017). *Altered Traits: Science Reveals How Meditation Changes Your Mind, Brain, and Body*. New York, États-Unis : Penguin.
- Davidson, R. J. et McEwen, B. S. (2012). Social influences on neuroplasticity: stress and interventions to promote well-being. *Nature Neuroscience*, 15(5), 689-695.
<https://doi.org/10.1038/nn.3093>
- Davidson, R. J., Kabat-Zinn, J., Schumacher, J., Rosenkranz, M., Muller, D., Santorelli, S. F., ... Sheridan, J. F. (2003). Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation. *Psychosomatic Medicine*, 65(4), 564-570.
- Davies, J. A. (2014). Relational Dharma: A Modern Paradigm of Transformation-a Liberating Model of Intersubjectivity. *Journal of Transpersonal Psychology*, 46(1), 92-121.
- Devault, A. (2018). La pleine conscience :une dimension centrale du savoir-être chez les intervenants. Dans Devault, A., et Pérodeau, G. (Éds.). *Pleine conscience et intervention clinique* (p.7-26). Québec, Canada : Presses de l'Université Laval (PUL).
- Devault, A., et Pérodeau, G. (Éds.) (2018). *Pleine conscience et intervention clinique*. Québec, Canada : Presses de l'Université Laval (PUL).
- Devault, A. (2014). L'application de la pleine conscience à la pratique et à la formation en travail social. *Intervention*, 140, p.51-60.

- De Gaulejac, V. (2005). *La société malade de la gestion : Idéologie gestionnaire, pouvoir managérial et harcèlement social*. Lonrai, France : Édition du seuil.
- Dionne F., Blais M-C., et Khoury B. (2014). Les TCC transdiagnostiques : un complément (ou une alternative) à l'approche par diagnostic du DSM-5. *Revue québécoise de psychologie*, 35 (3), 233-251.
- Dionne, F., Ngô, T.-L., et Blais, M.-C. (2013). Le modèle de la flexibilité psychologique : une approche nouvelle de la santé mentale. *Santé mentale au Québec*, 38(2), 111-130.
<https://doi.org/10.7202/1023992ar>
- Doucet, M-C. (2013). Perspectives théoriques en sciences humaines. Le pari d'un pluralisme pragmatique. Dans Harper, E., et Dorvil, H. (dir.) *Le travail social, théorie, méthodologies et pratiques* (p.89-113). Québec, Canada : Presse de l'Université du Québec.
- Dorvil, H. et Mayer R. (2001). Première partie : Les approches théoriques. Dans Dorvil, H. et Mayer R. (dir.). *Problèmes sociaux, Tome I, Théories et méthodologies*. (p.15-29). Québec, Canada: Les Presses de l'Université du Québec.
http://classiques.uqac.ca/contemporains/dorvil_henri/approches_theoriques/approches_theoriques_texte.html
- Dumont, L. (1991). *Essais sur l'Individualisme*. Paris, France : Le seuil.
- Duros, P., et Crowley, D. (2014). The Body Comes to Therapy Too. *Clinical Social Work Journal*, 42(3), 237-246. <https://doi.org/10.1007/s10615-014-0486-1>
- Ehrenberg, A. (2006). Le cerveau de l'individu, Neurosciences, psychiatrie, Individualisme. Dans Collin, J., Otero, M., Monnais, L. (dir.) *Le médicament au coeur de la société contemporaine*, Montréal, Canada : Presses de l'Université du Québec.
- Ehrenberg, A. (2018). *La mécanique des passions*. Paris, France : Odile Jacob.
- Ehrenberg, A. (1998). *La fatigue d'être soi*. Paris, France : Odile Jacob.
- Elices, M., Pascual, J. C., Carmona, C., Martín-Blanco, A., Feliu-Soler, A., Ruiz, E., ... Soler, J. (2015). Exploring the relation between childhood trauma, temperamental traits and mindfulness in borderline personality disorder. *BMC Psychiatry*, 15(1), 180.

<https://doi.org/10.1186/s12888-015-0573-z>

- Esptein, M. (2015). *Se libérer de la souffrance*. (Traduit par D., David, D). Paris, France : Albin Michel.
- Fassbinder, E., Schweiger, U., Martius, D., Brand-de Wilde, O. et Arntz, A. (2016). Emotion Regulation in Schema Therapy and Dialectical Behavior Therapy. *Frontiers in Psychology*, 7. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01373>
- Felitti, VJ. Anda, RF., Nordenberg, D., Williamson, DF., Spitz, AM., Edwards, V., ... Koss, MP. (1998). The relationship of adult health status to childhood abuse and household dysfunction. *American Journal of Preventive Medicine*(14), 245-258.
- Finkelhor, D., Ormrod, R. K., & Turner, H. A. (2007). Poly-victimization: A neglected component in child victimization. *Child Abuse & Neglect*, 31(1), 7-26.
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2006.06.008>
- Figley, C. R. (2012). *Encyclopedia of Trauma: An Interdisciplinary Guide*. Thousand Oaks, Etats-Unis ; SAGE Publications, Inc
- Fodor, J. (2003) *L'esprit, ça ne marche pas comme ça*. Paris, France, Odile Jacob.
- Follette, V., Palm, K. M. et Pearson, A. N. (2006). Mindfulness and trauma: implications for treatment. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 24(1), 45-61. <https://doi.org/10.1007/s10942-006-0025-2>
- Follette, V., Briere, J., Rozelle, D., Hopper, J. et Rome, D. (2015). *Mindfulness-oriented Interventions for Trauma: Integrating Contemplative Practices*. New York, États-Unis : Guilford.
- Fondale, G., (s.d.). *What is the Dharma?*. Repéré à :
<https://www.insightmeditationcenter.org/books-articles/articles/what-is-the-dharma/>
- Fondale, G., (s.d.). *The Buddha's Teachings on Mindfulness*. Repéré à :
<https://www.insightmeditationcenter.org/site/wp-content/uploads/2017/01/The-Buddhas-Teachings-on-Mindfulness.pdf>
- Forner, C. (2018). What Mindfulness can learn about Dissociation and what Dissociation can learn from Mindfulness. *Journal of Trauma & Dissociation*, 18(15).
<https://doi.org/10.1080/15299732.2018.1502568>

- Fortin, M- F. et Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche : Méthodes quantitatives et qualitatives* (3e édition). Montréal, Canada : Chenelière éducation
- Freedman, S. A., Gilad, M., Ankri, Y., Roziner, I. et Shalev, A. Y. (2015). Social relationship satisfaction and PTSD: which is the chicken and which is the egg? *European Journal of Psychotraumatology*, 6(1), 28864. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v6.28864>
- Garland, E. L. et Roberts-Lewis, A. (2013). Differential roles of thought suppression and dispositional mindfulness in posttraumatic stress symptoms and craving. *Addictive Behaviors*, 38(2), 1555-1562. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2012.02.004>
- Garland, E. L., Roberts-Lewis, A., Tronnier, C. D., Graves, R., et Kelley, K. (2016). Mindfulness-Oriented Recovery Enhancement versus CBT for co-occurring substance dependence, traumatic stress, and psychiatric disorders: Proximal outcomes from a pragmatic randomized trial. *Behaviour Research and Therapy*, 77, 7-16. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.11.012>
- Gadamer, H. G. (1996). *Vérité et méthode*. (Édition intégrale établie par Fruchon, P., Grondin, J., Merlio, G.). Paris, France : Édition du seuil.
- Gergen, K. J. (2010). The Acculturated Brain. *Theory & Psychology*, 20(6), 795-816. <https://doi.org/10.1177/0959354310370906>
- Germer, C K., Siegel, R D. et Fulton, P R. (2013). *Mindfulness and Psychotherapy*, Second Edition, New York, Etats-Unis : The Guilford Press.
- Gifford, E. V., Kohlenberg, B. S., Hayes, S. C., Antonuccio, D. O., Piasecki, M. M., Rasmussen-Hall, M. L. et Palm, K. M. (2004). Applying a functional acceptance based model to smoking cessation: An initial trial of Acceptance and Commitment Therapy. *Behavior Therapy*, 35, 689-705.
- Godbout, N., Therriault, C., Dion, J. et Hébert, M. (2018a). Interventions axées sur la pleine conscience pour les survivants de traumatismes interpersonnels en enfance. Dans Devault, A. et Pérodeau, G. (Éds.), *pleine conscience et intervention clinique* (p.201-210). Québec, Canada : Presses de l'Université Laval (PUL).
- Godbout, N., Girard, M., Milot, T., Collin-Vézina, D. et Hébert, M. (2018b). Répercussions liées aux traumatismes complexes. Dans T. Milot, N. Godbout, & D. Collin-Vézina (Éds.), *Le trauma complexe : Comprendre, évaluer et intervenir* (pp. 57-90).

Québec, Canada : Presses de l'Université du Québec.

Godbout, N., Cyr, G. et Collin-Vézina, D. (2018). Modèles, théories et concepts permettant de comprendre les répercussions des traumas complexes. Dans T. Milot, N. Godbout et D. Collin-Vézina (Eds.), *Le trauma complexe : Comprendre, évaluer et intervenir* (p. 37-56). Québec, Canada : Presses de l'Université du Québec.

Godbout, N., Bigras, N., Briere, J. et Lanktree, C. (2018). Le traitement intégratif du trauma complexe auprès des enfants. Dans T. Milot, N. Godbout, & D. Collin-Vézina (Éds.), *Le trauma complexe : Comprendre, évaluer et intervenir* (pp. 211-232). Québec, Canada: Presses de l'Université du Québec.

Godbout, N., Bigras, N. et Dion, J., (2016). Présence attentive et traumas interpersonnels subis durant l'enfance. Dans Grégoire S., Lachance, L. et Richer, L. (Dir.). *La présence attentive, Mindfulness : état des connaissances théoriques, empiriques et pratiques* (p.230-297). Montréal, Québec : Presses de l'Université du Québec.

Goldsmith, R. E., Gerhart, J. I., Chesney, S. A., Burns, J. W., Kleinman, B., et Hood, M. M. (2014). Mindfulness-Based Stress Reduction for Posttraumatic Stress Symptoms: Building Acceptance and Decreasing Shame. *Journal of Evidence-Based Complementary & Alternative Medicine*, 19(4), 227-234.
<https://doi.org/10.1177/2156587214533703>

Goldstein, J. (2016). *Mindfulness: A Practical Guide to Awakening*, Boulder, Etats-Unis : Soud True.

Gonin, A. et Jouthe E. (2013). Éthique et travail social : enjeux, concepts et aspects méthodologiques. Dans Harper, E., et Dorvil, H., (dir.), *Le travail social : théories, méthodologies et pratiques* (pp. 69-88). Québec, Canada : PUQ.

Gormley, A. et Laventure, M. (2012). Intervenir auprès d'adultes dépendants en rechute : point de vue de l'utilisateur et de l'intervenant. *Drogues, santé et société*, 11(2), 72-93.
[10.7202/1021244ar](https://doi.org/10.7202/1021244ar)

Grégoire S., Lachance, L. et Richer, L. (2016). *La présence attentive, Mindfulness : état des connaissances théoriques, empiriques et pratiques*. Montréal, Québec : Presses de l'Université du Québec.

Grepmair, L., Mitterlehner, F., Loew, T., Bachler, E., Rother, W. et Nickel, M. (2007). Promoting mindfulness in psychotherapists in training influences the treatment

results of their patients: a randomized, double-blind, controlled study. *Psychother Psychosom*, 76(6), 332-8. DOI:[10.1159/000107560](https://doi.org/10.1159/000107560)

Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S., et Walach, H. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health benefits. A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 57(1), 35-43. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(03\)00573-7](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(03)00573-7)

Grossman, P. et Van Dam, N. T. (2011). Mindfulness, by any other name...: trials and tribulations of sati in western psychology and science. *Contemporary Buddhism*, 12(1), 219-239. <https://doi.org/10.1080/14639947.2011.564841>

Gu, J., Strauss, C., Bond, R. et Cavanagh, K. (2015). How do mindfulness-based cognitive therapy and mindfulness-based stress reduction improve mental health and wellbeing? A systematic review and meta-analysis of mediation studies. *Clinical Psychology Review*, 37, 1-12. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.01.006>

Guillaume, F., Tiberghien, G. et Baudouin, J.Y. (2013). *Le cerveau n'est pas ce que vous pensez : Images et mirages du cerveau*. Grenoble, France : Presse Universitaire de Grenoble.

Hanson. R. et Mendius, M. (2011). *Le cerveau de Buddha*, (trad. Par Olivier Colette), Paris, France : Éditions des Arènes.

Havard Health Publiching (2009). Harvard Health Publishing is the media and publishing division of the Harvard Medical School of Harvard University, under the direction of Dr. David H. Roberts, Dean for External Education. Repéré à <https://www.health.harvard.edu/mind-and-mood/what-causes-depression>

Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Bissett, R., Piasecki, M., Batten, S. V., ... Gregg, J. (2004). A preliminary trial of twelve-step facilitation and acceptance and commitment therapy with polysubstance-abusing methadone-maintained opiate addicts. *Behavior Therapy*, 35(4), 667-688.

Heeren, A. (2011). Processus psychologiques et pleine conscience : au cœur de la troisième vague. Dans I. Kotsou & A. Heeren (dir), *pleine conscience et acceptation : les thérapies de la troisième vagues*, 61-81 Bruxelles, Belgique : De Boeck. 10.3917/dbu.kotso.2011.01.0061

Hébert, M., Langevin, R. et Oussaïd, E. (2018). Cumulative childhood trauma, emotion

regulation, dissociation, and behavior problems in school-aged sexual abuse victims. *Journal of Affective Disorders*, 225, 306-312.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.08.044>

Hegel, F.W.G., (1965). *La raison dans l'Histoire*. (Traduit par K. Papaioannou). Paris, France : Union générale d'éditions.

Herman, J. L. (1997). *Trauma and Recovery: The Aftermath of Violence - From Domestic Abuse to Political Terror*. New York, Etats-Unis : Basics Books.

Hick, S. F. et Furlotte, C. R. (2009). Mindfulness and social justice APPROACHES: Bridging the Mind and Society in Social Work Practice. *Canadian Social Work Review / Revue canadienne de service social*, 26(1), 5-24. Consulté à l'adresse JSTOR.

Hick, S. et Bien (2008). *Mindfulness and the Therapeutic Relationship*, New York, Etats-Unis : The Guilford Press. ISBN: 9781606235751

Hick, S. (2009). *Mindfulness and Social Work*, Boston, Etats-Unis : Oxford University press.

Hussain, D., (2015). Meta-Cognition in Mindfulness: A Conceptual Analysis. *Psychological Thought*, 2015, Vol. 8(2), 132–141. doi:10.5964/psyct.v8i2.139

Irving, J. et Segal, Z. (2013). Thérapie cognitive basée sur la pleine conscience : état actuel et applications futures. *Santé mentale au Québec*, 38(2), 65-82.
<https://doi.org/10.7202/1023990ar>

Jouthe, E. (1993). Pour une éthique de la différence en travail social. *Service social*, (42)3, 7-20

Knight, C. (2015). Trauma-Informed Social Work Practice: Practice Considerations and Challenges. *Clinical Social Work Journal*, 43(1), 25-37.
<https://doi.org/10.1007/s10615-014-0481-6>

Kabat-Zinn J. (2012). *Où tu vas, tu es* (traduit par Y. De Luart) Paris, France : JC Lattès.

Kabat-Zinn, J. (2011). Some reflections on the origins of MBSR, skillful means, and the trouble with maps. *Contemporary Buddhism*, 12(1), 281-306.
<https://doi.org/10.1080/14639947.2011.564844>

- Kabat-Zinn, J. (2009). *Au coeur de la tourmente. Le manuel complet de MBSR, ou réduction du stress basée sur la mindfulness*. (traduit par C. Masken) Paris, France : De Boeck.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 144-156. 10.1093/clipsy.bpg016
- Karris, M. et Caldwell, B. E. (2015). Integrating Emotionally Focused Therapy, Self-Compassion, and Compassion-Focused Therapy to Assist Shame-Prone Couples Who Have Experienced Trauma. *The Family Journal*, 23(4), 346-357.
<https://doi.org/10.1177/1066480715601676>
- Kelly, A. (2015). Trauma-Informed Mindfulness-Based Stress Reduction: A Promising New Model for Working with Survivors of Interpersonal Violence. *Smith College Studies in Social Work*, 85(2), 194-219. <https://doi.org/10.1080/00377317.2015.1021191>
- Kelly, A. et Garland, E. L. (2016). Trauma-Informed Mindfulness-Based Stress Reduction for Female Survivors of Interpersonal Violence: Results From a Stage I RCT: TI-MBSR for IPV Survivors. *Journal of Clinical Psychology*, 72(4), 311-328.
<https://doi.org/10.1002/jclp.22273>
- Khoury B., Knäuper, B., Pagnini, F., Trent, N., Chiesa, A. et Carrière, K. (2017). Embodied Mindfulness. *Mindfulness*, 8(5), 1160-1171. doi: 10.1007/s12671-017-0700-7
- Khoury, B., Dionne, F. et Grégoire, S. (sous press, a). La pleine conscience incarnée : un concept unificateur entre les traditions orientales et occidentales de la pleine conscience. *Annales Medico-Psychologiques*.
<https://doi.org/10.1016/j.amp.2018.04.010>
- Khoury, B., Grégoire, S., & Dionne, F. (in press, b). La dimension interpersonnelle de la pleine conscience. *Annales Médico-psychologiques*
<https://doi.org/10.1016/j.amp.2018.10.018>
- Khoury, B., Lecomte, T., Fortin, G., Masse, M., Therien, P., Bouchard, V., ... Hofmann, S. G., (2013). Mindfulness-based therapy: A comprehensive meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 33(6), 763-771. DOI: 10.1016/j.cpr.2013.05.005
- Khoury, B., Sharma, M. Rush, S. E. et Fournier, C. (2015). Mindfulness-based Stress reduction as a stress management intervention for healthy individuals : a meta-analysis. *Psychosomatic Research*. 78, 519-

528. doi: 10.1016/j.jpsychores.2015.03.009

- Kinderman, P. (2007). Empirically grounded clinical interventions: clinical implications of a psychological model of mental disorder. *Behav Cogn Psychother*, 35 (1) 1-14
- Kornfield, J. (2019). *What is meditation ?* (Note de cours : transcription de la version video du cours). Mindfulness Meditation Teacher Certification Program (MMTTP) (2019), Awareness Training Institute and the Greater Good Science Center. Repéré à https://mmtcp.matrixlms.com/learner_module/show/150345?lesson_id=581670§ion_id=2259902
- Kornfield, J. (2015). *La sagesse du cœur, la méditation à porter de tous*. (Traduit Par D. Thomas). Paris, France : Belfond
- Landry Balas, L. (2008). *L'approche systémique en santé mentale*. Montréal, Canada : Presse de l'université de Montréal.
- Lanius, R. A. (2015). Trauma-related dissociation and altered states of consciousness: a call for clinical, treatment, and neuroscience research. *European Journal of Psychotraumatology*, 6(1), 27905. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v6.27905>
- Langer, E. J. et Moldoveanu, M. (2000). The Construct of Mindfulness. *Journal of Social Issues*, 56(1), 1-9. <https://doi.org/10.1111/0022-4537.00148>
- Larkin , H. Felitti, V. J. et Robert F. Anda, R.F. (2014) Social Work and Adverse Childhood Experiences Research: Implications for Practice and Health Policy: *Social Work in Public Health: (29)1*. (s. d.). <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/19371918.2011.619433>
- Larose-Hébert, K. (2013). La souffrance, un problème de santé publique ? Dans Larose-Hébert, K., et Moreau, N. (Éds). *La souffrance à l'épreuve de la pensée*. Québec, Canada : Presses Universitaires du Québec
- Laurent, A. (1993), *Histoire de l'individualisme*. Paris, France : Presses Universitaires de France.
- Lecompte, C., Drouin, M-S., Savard, R. et Guillon, V. (2004). Qui sont les psychothérapeutes efficaces ? Implications pour la formation en psychologie. *Revue Québécoise de*

psychologie, 25(3), 73-102.

<http://www.erickbeaulieu.co/articles/versionRQPfinale.pdf>

Lecomte, C. et Drouin, M.-S. (2007). Les psychothérapies humanistes. Dans Ionescu, S. et Blanchet, A. (Éds). *Psychologie clinique, psychopathologie et psychothérapie* (pp. 407-435). Paris : PUF.

Lecomte, C. et Richard, A. (2006). Pour une psychothérapie pleinement relationnelle. Dans S. Ginger, E. Marc et A. Tarpanian (Éds), *Être Psychothérapeute : Questions, pratiques, enjeux* (pp. 145-155). Paris, France : Dunod.

Lecomte, C. et Richard, A. (1999). La psychothérapie humaniste existentielle d'hier à demain : épilogue. *Revue Québécoise de Psychologie*, 20(2), 189-204.

Lévesque, J. et Panet-Raymond, J. (1994). L'évolution et la pertinence de l'approche structurelle dans le contexte social actuel. *Service social*, 43(3), 23.
<https://doi.org/10.7202/706666ar>

Lord, S. A. (2010). Meditative Dialogue: Cultivating Sacred Space in Psychotherapy – An Intersubjective Fourth? *Smith College Studies in Social Work*, 80(2-3), 269-285.
<https://doi.org/10.1080/00377311003754187>

Lord, S. A. (2013). Meditative Dialogue: Cultivating Compassion and Empathy with Survivors of Complex Childhood Trauma. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 22(9), 997-1014. <https://doi.org/10.1080/10926771.2013.834018>

Lupien, S. (2010). *Par amour du stress*. Montréal, Canada ; Editions au carre.

Maté, G. (1999). *Scattered Minds: A New Look at the Origins and Healing of Attention Deficit Disorder*, Toronto, Canada : A.A. Knopf Canada.

Merleau-Ponty, M. (1996), *Sens et non-sens* (2e éd). Paris, France; Gallimard.

Midal, F. (2013). *La méditation*. Paris, France : Presses Universitaires de France.
<https://www.cairn.info/la-meditation--9782130789406.htm>

Miller, A. (1996). *Le drame de l'enfant doué* (traduit part Léa Marcou). Paris, France ; Presse Universitaire de France.

- Miller, A. (2008). *Ta vie sauvée enfin* (traduit par Pierre Vandervood). Paris, France ; Flammarion.
- Miller, A. (2013). *Notre corps de ment jamais* (2e éd ; traduit part Léa Marcou). Paris, France ; Flammarion.
- Milot, T., Collin-Vézina, D. et Godbout, N. (2018). *Qu'est-ce que le trauma complexe ?* Dans T. Milot, N. Godbout, & D. Collin-Vézina (Éds.), *Le trauma complexe : Comprendre, évaluer et intervenir* (pp. 9-36). Québec, Canada : Presses de l'Université du Québec.
- Miron, G. (1994). *L'Homme Rapaillé*. Montréal, Canada : Hexagone.
- Moir-Bussy, A. (2014). We are in desperate need of a new way of being – in ourselves, in our schools and in our society (Siegel, 2007, p. xv). *Asia Pacific Journal of Counselling and Psychotherapy*, 5(2), 111-112. <https://doi.org/10.1080/21507686.2014.962278>
- Moreau, M. (1987). L'approche structurelle en travail social : implications pratiques d'une approche intégrée conflictuelle. *Service social*, 36(2-3), 227-247. <http://id.erudit.org/iderudit/706361ar>
- Morin, E. (1990). *Introduction à la pensée complexe*. Paris, France : ESF Éditeur.
- Morin, E. (1993). *La connaissance de la connaissance*. Paris, France : Le seuil.
- Morin, E. (1999). *La tête bien faite*, Paris, France : Le seuil.
- Morin, E. (2008). *La méthode, Tome 2 ; La vie de la vie*. Paris, France : Le seuil.
- Music, G. (2014). The buzz trap: Speeded-up lives, distractedness, impulsiveness and decreasing empathy. *Psychodynamic Practice*, 20(3), 228-249. <https://doi.org/10.1080/14753634.2014.916840>
- Nhat Hanh, T. (2006). *Chanting From The Heart*. Berkeley, États-Unis : Parallax Press.
- Nhat Hanh, T. (2017). *The Art of Living: Peace and Freedom in the Here and Now*. New-York, États-Unis : HarperCollins
- Nitzan-Assayag, Y., Aderka, I. M. et Bernstein, A. (2015). Dispositional mindfulness in

trauma recovery: Prospective relations and mediating mechanisms. *Journal of Anxiety Disorders*, 36, 25-32. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2015.07.008>

Ngô, T. L. (2013). Revue des effets de la méditation de pleine conscience sur la santé mentale et physique et sur ses mécanismes d'action. *Santé mentale au Québec*, 38(2), 19-34. [10.7202/1023988ar](https://doi.org/10.7202/1023988ar)

Northcut, T. B. (dir.). (2017). *Cultivating Mindfulness in Clinical Social Work*. Chicago, États-Unis : Springer.

Norcross, J. C. (2002). *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients*. New York, États-Unis : Oxford University Press.

Norcross, J. C., Beutler, L. E. et Levant, R. F. (Eds.) (2005). *Evidence-based practices in mental health. Debate and dialogue on the fundamental questions*. Washington, États-Unis : American Psychological Association.

Ogden, P., Minton, K. et Pain, C. (2006). *Trauma and the Body: A Sensorimotor Approach to Psychotherapy*, New York, États-Unis : W. W. Norton & Company, Inc.

Orange, D.M., Atwood, G.E. et Stolorow, R.D. (1997) *Working Intersubjectively: Contextualism in Psychoanalytic Practice*. Hillsdale NJ: The Analytic Press.

Ormhaug, S. M., Shirk, S. R. et Wentzel-Larsen, T. (2015). Therapist and client perspectives on the alliance in the treatment of traumatized adolescents. *European Journal of Psychotraumatology*, 6(1), 27705. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v6.27705>

Paillé, P. (1994). L'analyse par théorisation ancrée. *Cahiers de recherche sociologique*, (23), 147-181. <https://doi.org/10.7202/1002253ar>

Pandya, M., Altinay, M., Malone, D. A. et Anand, A. (2012). Where in the Brain Is Depression? *Current psychiatry reports*, 14(6), 634-642. <https://doi.org/10.1007/s11920-012-0322-7>

Park, Jin Y. (2006). *Buddhisms and Deconstructions*, Maryland, États-Unis : Rowman & Littlefield

Philippot, P., Bouvard, M., Baeyens, C. et Dethier, V. (2015). Vers un protocole de traitement processuel et modulaire des troubles anxio-dépressifs. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 25(3), 106-116.

<https://doi.org/10.1016/j.jtcc.2015.07.001>

- Philippot, P. (2016). Démêler l'écheveau des processus psychologiques en psychopathologie. Dans Monestès, J L., Baeyens, C., (dir.) *L'approche transdiagnostique en psychopathologie Alternative aux classifications nosographiques et perspectives thérapeutiques*, Paris, France : Dunod.
- Pollak, S.M., Pedulla, T. et Siegel, R. D. (2014). *Essential Skills for Mindfulness-Based Psychotherapy*. New-York, Etats-Unis : Guilford Press.
- Poliquin, C. (1994). *L'âge de la performance*. [Film documentaire]. Montréal, Canada : Les production ISCA.
- Ponte Márquez, P. H., Feliu-Soler, A., Solé-Villa, M. J., Matas-Pericas, L., Filella-Agullo, D., Ruiz-Herrerias, M., ... Arroyo-Díaz, J. A. (2019). Benefits of mindfulness meditation in reducing blood pressure and stress in patients with arterial hypertension. *Journal of Human Hypertension*, 33(3), 237-247.
<https://doi.org/10.1038/s41371-018-0130-6>
- Poole, J.C., Dobson, K. et Pusch, D. (2018) Do adverse childhood experiences predict adult interpersonal difficulties? The role of emotion dysregulation. *Child abuse & neglect* (80),123-133 DOI: 10.1016/j.chiabu.2018.03.006
- Puech, L. (2008). Secret professionnel : partage d'informations et responsabilité professionnelle. Dans *La Revue Française de Service Social*, (227),16-24. DOI : 10.3917/jdj.269.0008
- Purser, E.R., Forbes, D. et Burke, A (2016). *Handbook of Mindfulness Culture, Context, and Social Engagement*. New York, États-Unis : Springer.
- Quintin, J. (2012). *Éthique et toxicomanie. Les conduites addictives au coeur de la condition humaine*. Montréal, Canada: Éditions Liber.
- Ricard, M., (s.d.). *Le bouddhisme selon Matthieu Ricard #4 : l'essence du bouddhisme*. Repéré à : <https://www.matthieuricard.org/medias/le-bouddhisme-selon-matthieu-ricard-4-l-essence-du-bouddhisme>.
- Russ, J. (2004). *Dictionnaire de philosophie*, Paris, France : Bordas.

- Schiraldi, G.R. (2009). *The Post-Traumatic Stress Disorder Sourcebook: A Guide to Healing, Recovery, and Growth* (2^e éd.). New York, États-Unis : McGraw Hill Professional
- Schnyder, U., Ehlers, A., Elbert, T., Foa, E. B., Gersons, B. P. R., Resick, P. A., ... Cloitre, M. (2015). Psychotherapies for PTSD: what do they have in common? *European Journal of Psychotraumatology*, 6(1), 28186. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v6.28186>
trps-28-96-01-031.pdf.
- Segal, Z., Williams, M. et Teasdale, J. (2006). *Thérapie cognitive basée sur la pleine conscience pour la dépression : une nouvelle approche pour prévenir la rechute*. (Révisé par : Lucio Bizzini, Guido Bondolfi, Claude Maskens et traduit par Christine Michaux) Bruxelles, Belgique : De Boeck.
- Siegel, D.J., (2006). Series Editor's Foreword. Dans Ogden, P., Minton, K., Pain, C. *Trauma and the Body: A Sensorimotor Approach to Psychotherapy* (p.22-31). New York, États-Unis : W. W. Norton & Company, Inc.
- Siegel, D. J. (2009b). Emotion as Integration. A Possible Answer to the Question, What Is Emotion? Dans Fosha, D., Siegel, D., Solomon, M. *The Healing Power of Emotion: Affective Neuroscience, Development & Clinical Practice* (p.418-419). New York, États-Unis ; WW Norton.
- Siegel, D. J. (2009a). Mindful awareness, mindsight, and neural integration. *The Humanistic Psychologist*, 37(2), 137-158. <https://doi.org/10.1080/08873260902892220>
- Siegel, D. J. (2010). *The mindful therapist*, New York, États-Unis ; WW Norton.
- Siegel, D.J., (2018). *Aware, the science and practice of presence*. New York, États-Unis : Penguin Books.
- Siegel. R. (2013). *The Science of Mindfulness: A Research-Based Path to Well-Being*. Chantilly, États-Unis : The Great Courses, The Teaching Company, LLC.
- Seligowski, A. V., Lee, D. J., Bardeen, J. R., et Orcutt, H. K. (2015). Emotion Regulation and Posttraumatic Stress Symptoms: A Meta-Analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*, 44(2), 87-102. <https://doi.org/10.1080/16506073.2014.980753>
- Skanavi, S., Laqueille, X. et Aubin, H. J. (2011). Interventions basées sur la pleine conscience en addictologie. *L'Encéphale*, 37(5), 379-387.
<https://doi.org/10.1016/j.encep.2010.08.010>

- Salzberg, S. (1995). *Lovingkindness The Revolutionary Art of Happiness*. Boston, États-Unis : Shambhala publication.
- Shapiro, S. L. et Carlson, L. E. (2017). *The art and science of mindfulness: Integrating mindfulness into psychology and the helping professions*. Washington, États-Unis : American Psychological Association.
- Stolorow, R. D. (2002). From Drive to Affectivity: Contextualizing Psychological Life. *Psychoanalytic Inquiry*, 22(5), 678-685.
<https://doi.org/10.1080/07351692209349012>
- Stolorow, R.D. (2011). *World, Affectivity, Trauma : Heidegger and Post-Cartesian Psychoanalysis*. New York, Etat-Unis : Routledge.
- Surrey, J. L. (2005). Relational psychotherapy, relational mindfulness. Dans C. K. Germer, R. D. Siegel et P. R. *Mindfulness and psychotherapy*, Fulton (Eds.), (pp. 91–110). New York: Guilford Press.
- Tedeschi, R. G. et Blevins, C. L. (2015). From Mindfulness to Meaning: Implications for the Theory of Posttraumatic Growth, *Psychological Inquiry*, 26(4), 373–376.
<https://doi.org/10.1080/1047840X.2015.1075354>
- Thompson, B. L. et Waltz, J. (2010). Mindfulness and experiential avoidance as predictors of posttraumatic stress disorder avoidance symptom severity. *Journal of Anxiety Disorders*, 24(4), 409-415. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.02.005>
- Thompson, R. W., Arnkoff, D. B. et Glass, C. R. (2011). Conceptualizing Mindfulness and Acceptance as Components of Psychological Resilience to Trauma. *Trauma, Violence, & Abuse*, 12(4), 220-235. <https://doi.org/10.1177/1524838011416375>
- Thompson, E. et Lifshitz, M., (2019). *What’s wrong with “the mindfulbrain »? Moving past a neurocentric view of meditation*. Dans Raz, A. et Thibault, R., *Casting Light on the Dark Side of Brain Imaging* Cambridge, Etats-Unis : Academic Press.
- Thuot-Lepage, G., (2017). *L’importance de la pratique personnelle de pleine conscience des instructeurs de la prévention de la rechute basée sur la pleine conscience : mythe ou réalité ?* (Essai synthèse de maîtrise inédit). Université de Sherbrooke. Repéré à : https://www.usherbrooke.ca/toxicomanie/fileadmin/sites/toxicomanie/documents/2e_cycle_Maitrise/Essais_synthese/2017/Essai_synthe__se_-_Gabriel_Thuot-

Lepage_.pdf

- Treavalen, D., (2018). *Trauma-Sensitive Mindfulness: Practices For Safe And Transformative Healing*. New York, États-Unis : W. W. Norton & Company
- Valdez, C. E., Sherrill, A. M., et Lilly, M. (2016). Present Moment Contact and Nonjudgment: Pilot Data on Dismantling Mindful Awareness in Trauma-Related Symptomatology. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 38(4), 572-581.
<https://doi.org/10.1007/s10862-016-9548-8>
- Van Dam, N T., Van Vugt, M K., Vago, D R., Schmalzl, L., Saron, C D., Olendzki, A., Ted Meissner, T., ... Meyer, D E., (2018). Mind the Hype: A Critical Evaluation and Prescriptive Agenda for Research on Mindfulness and Meditation, *Perspectives on psychological science*, 13 (1), 36-61.
https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/1745691617709589?url_ver=Z39.88-2003&rft_id=ori:rid:crossref.org&rft_dat=cr_pub%3dpubmed
- Van der Kolk, B. A. (2005). Developmental Trauma Disorder: Toward a rational diagnosis for children with complex trauma histories. *Psychiatric Annals*, 35(5), 401-408.
- Van der Kolk, B. A. (2014). *The body Keeps the score*, New York, États-Unis : Penguin Books.
- Varela, F. J., Thompson, E. et Rosch. E., (2017). *The Embodied Mind: Cognitive Science and Human Experience (Second Edition)*. Cambridge, États-Unis ; MIT Press.
- Waelde, L. C., Thompson, J. M., Robinson, A. et Iwanicki, S. (2016). Trauma Therapists' Clinical Applications, Training, and Personal Practice of Mindfulness and Meditation. *Mindfulness*, 7(3), 622-629. <https://doi.org/10.1007/s12671-016-0497-9>
- Williams, J. M. G. et Kabat-Zinn, J. (2011). Mindfulness: diverse perspectives on its meaning, origins, and multiple applications at the intersection of science and dharma. *Contemporary Buddhism*, 12(1), 1-18. <https://doi.org/10.1080/14639947.2011.564811>
- Williams, J. M. G., Barnhofer, T., Crane, C., Herman, D., Raes, F., Watkins, E. et Dalgleish, T. (2007). Autobiographical memory specificity and emotional disorder. *Psychological Bulletin*, 133(1), 122-148. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.133.1.122>
- Whitaker, R. C., Dearth-Wesley, T., Gooze, R. A., Becker, B. D., Gallagher, K. C. et McEwen, B. S. (2014). Adverse childhood experiences, dispositional mindfulness, and

adult health. *Preventive Medicine*, 67, 147-153.
<https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2014.07.029>

Zgierska A., Rabago, D., Chawla, N., Kushner, K., Koehler, R. et Marlatt, A. (2009).
Mindfulness meditation for substance use disorders: A systematic review. *Substance Abuse*, 30(4), 266-294. DOI: 10.1080/08897070903250019