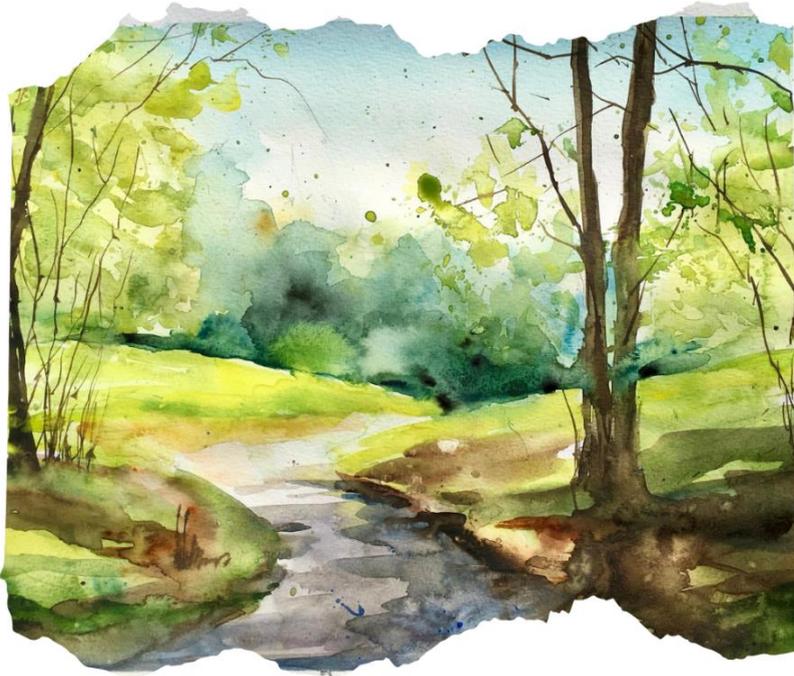


INCLUS:
3 questionnaires
d'auto-évaluation !

Sur les chemins de la Résilience



A la découverte de vous-même !

par Eric Breteau
www.resilience-therapy.fr

*Nos blessures ne nous définissent pas.
C'est la manière dont nous choisissons de les
traverser qui écrit notre véritable histoire.*

Eric BRETEAU

Préambule

La psychologie est loin d'être une science exacte. Bien qu'elle se fonde sur des bases théoriques, cliniques et expérimentales rigoureuses, elle reste confrontée à la complexité infinie de l'être humain, de son vécu et de son environnement. Chaque individu porte en lui une histoire singulière, des mécanismes d'adaptation uniques et un univers intérieur en perpétuelle évolution. C'est pourquoi, malgré les avancées majeures de ces dernières décennies, la psychologie demeure un domaine en construction, toujours en quête de compréhension plus fine et de moyens thérapeutiques plus adaptés.

Les progrès notables réalisés dans les champs de la psychologie clinique, des psychothérapies et des neurosciences ont toutefois ouvert des perspectives inédites. Aujourd'hui, il est possible d'aborder les troubles psychologiques, les états dépressifs, les troubles anxieux, les troubles du comportement ou encore les psycho-traumatismes avec des outils de plus en plus précis et efficaces. L'intégration des découvertes neuroscientifiques à la pratique clinique permet de mieux comprendre comment les émotions, les souvenirs, les stress ou les traumatismes s'inscrivent dans le cerveau, influencent nos comportements, et surtout, comment les transformer.

Cette évolution est particulièrement significative dans la prise en charge des traumatismes psychiques et du trouble de stress post-traumatique (TSPT). Longtemps mal compris, ces troubles sont aujourd'hui identifiés dans le DSM-5 comme des perturbations profondes de la régulation émotionnelle, de l'image de soi, de la mémoire et du lien à l'autre. Les personnes souffrant de TSPT peuvent vivre de manière fragmentée, coupées de leurs émotions ou

prisonnières de souvenirs envahissants. C'est dans ce contexte qu'intervient **Résilience Therapy**, une approche thérapeutique intégrative conçue spécifiquement pour répondre à cette complexité.

Résilience Therapy repose sur un double fondement : la prise en compte des multiples dimensions de la personnalité, à travers la carte des quotients, et l'exploration des différentes parts internes de l'individu, grâce au modèle IFS (Internal Family Systems). Cette approche permet d'accéder à une compréhension globale, fine et nuancée du sujet, en tenant compte de ses capacités, de ses fragilités, mais aussi de son système interne de défense et d'adaptation.

Contrairement aux approches qui tentent d'uniformiser les traitements ou de réduire la souffrance à un simple symptôme à faire disparaître, **Résilience Therapy** propose une démarche profondément personnalisée. Grâce à la cartographie des 10 quotients (émotionnel, social, intellectuel, physique, spirituel, créatif, éthique, intuitif, adaptatif et d'adversité), le thérapeute et la personne accompagnée (le « consultant ») disposent d'un outil de repérage clair pour identifier les zones à renforcer, à apaiser ou à mobiliser. Chacun de ces quotients constitue une porte d'entrée potentielle dans le travail thérapeutique.

En parallèle, le modèle IFS, développé par Richard Schwartz, permet de dialoguer avec les différentes « parts » qui composent l'identité psychique d'un individu : les parts blessées, les parts protectrices, les parts adaptatives. Cette vision systémique et intérieure de la psyché offre une voie douce et puissante vers la guérison intérieure, en redonnant à chaque part sa place, son rôle, et en reconnectant l'individu à son **Soi** profond — un espace de calme, de compassion et de clarté.

Dans ce contexte, la prise en charge du stress post-traumatique selon **Résilience Therapy** ne repose pas uniquement sur l'atténuation des symptômes, mais sur une transformation en profondeur de la manière dont la personne se relie à elle-même, à son passé et à son présent. Cette thérapie devient alors un chemin de reconstruction, respectueux du rythme de chacun, fondé sur l'écoute des émotions, la réintégration des expériences fragmentées, la mobilisation des ressources internes et la restauration du sentiment d'unité. Cette méthode est née de l'observation répétée, en consultation, de la difficulté des patients à s'identifier dans des approches trop normatives.

L'approche intégrative de **Résilience Therapy** est donc avant tout une approche humaine, centrée sur la singularité de l'individu, mais soutenue par des repères théoriques solides et des outils concrets issus des avancées en psychologie et en neurosciences. Elle offre un cadre souple et structuré pour accompagner les personnes en souffrance sur un chemin de résilience, de conscience et de transformation.

Avant de plonger dans la lecture de ce livre, répondez à quelques petites questions d'auto-évaluation, sur une échelle de 1 à 10 :

Dans votre vie actuelle, êtes-vous stressé(e) ?

(1 : pas du tout stressé(e) – 10 : complètement stressé(e))

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ressentez-vous parfois de la peur ?

(1 : pas du tout – 10 : très souvent)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pensez-vous être une bonne personne ?

(1 : non, pas du tout – 10 : oui, carrément)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Avez-vous été exposé(e) à des traumatismes ?

(1 : pas du tout – 10 : très souvent)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Aimez-vous la personne que vous êtes aujourd'hui ?

(1 : pas du tout – 10 : passionnément)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Notes :

Chapitre 1

Vers une approche intégrative de la psyché humaine

Comprendre l'être humain dans sa globalité

Pendant longtemps, les approches thérapeutiques se sont concentrées soit sur les symptômes, soit sur des aspects isolés de la personnalité : le comportement, les pensées, les émotions, ou encore les mécanismes inconscients. Mais dans cette vision segmentée, l'humain était souvent réduit à une lecture partielle de lui-même. Or, toute personne est un ensemble complexe, vivant et mouvant, à la croisée d'influences biologiques, psychiques, sociales, culturelles et spirituelles.

Résilience Therapy s'inscrit dans cette vision pluridimensionnelle de l'individu. Elle part du principe que pour accompagner efficacement une personne en souffrance, il est impératif de prendre en compte l'ensemble des facettes qui la composent : ses blessures, ses ressources, ses valeurs, ses modes de fonctionnement, mais aussi les différentes parties de sa personnalité qui coexistent parfois en conflit ou en complémentarité. Pour cela, elle s'appuie sur deux modèles puissants et complémentaires : la carte des quotients et le modèle IFS (Internal Family Systems).

La carte des quotients : une boussole intérieure

La **carte des quotients** propose une manière innovante de lire la personnalité à travers dix formes d'intelligence ou de quotients psychiques :

- **Quotient émotionnel (QE)** : capacité à reconnaître, comprendre et exprimer ses émotions.
- **Quotient social (QS)** : aptitude à créer et maintenir des liens sains.
- **Quotient intellectuel (QI)** : facultés cognitives et de raisonnement logique.
- **Quotient intuitif (QInt)** : lien à l'instinct, à la perception subtile.
- **Quotient physique (QP)** : rapport au corps, à la santé, à l'énergie vitale.
- **Quotient créatif (QC)** : expression de soi, innovation, imagination.
- **Quotient spirituel (QSp)** : rapport au sens de la vie, à la transcendance.
- **Quotient éthique (QÉ)** : valeurs personnelles, sens moral, congruence.
- **Quotient adaptatif (QAd)** : capacité à faire face au changement.
- **Quotient d'adversité (QA)** : résilience, force intérieure face à la difficulté.

Chaque quotient fonctionne comme un miroir de l'état intérieur de la personne et permet d'identifier les zones fortes ou vulnérables. Ensemble, ils tracent une cartographie dynamique du psychisme, un véritable tableau de bord pour ajuster le travail thérapeutique à ce qui est prioritaire, accessible, ou souffrant chez la personne.

Le modèle IFS : un système intérieur vivant

En parallèle, le modèle **Internal Family Systems** développé par Richard C. Schwartz, depuis plus de 30 ans, repose sur l'idée que notre psyché est composée de multiples parts internes, ayant chacune leur fonction, leur vécu et leur charge émotionnelle. Il ne s'agit pas ici de pathologie, mais d'une organisation naturelle de l'esprit humain : une partie peut vouloir protéger, une autre exprimer une douleur, une autre encore contrôler ou fuir. Chaque part agit à sa manière pour gérer l'équilibre psychique, même si certaines finissent par devenir extrêmes ou dysfonctionnelles en raison de traumatismes passés.

L'IFS propose de :

- Identifier ces parts (protecteurs, exilés, managers, pompiers, etc.)
- Comprendre leur intention positive
- Les réconcilier et les réintégrer au système
- Restaurer le **leadership du Self** (Soi), cette instance intérieure calme, centrée, curieuse et compatissante.

Cette vision permet de créer un dialogue intérieur, respectueux et transformateur, dans lequel chaque part est entendue, comprise et pacifiée.

Une approche centrée sur l'unicité de la personne

Dans la démarche de *Résilience Therapy*, ces deux modèles ne s'opposent pas mais se complètent. La carte des quotients donne un panorama horizontal de la personnalité, une vision en largeur de ses différentes intelligences. Le modèle IFS, quant à lui, donne une profondeur verticale, en révélant les dynamiques internes, les conflits invisibles, les blessures enfouies.

En les combinant, le thérapeute dispose d'un outil de personnalisation thérapeutique d'une grande finesse. Il peut, par exemple, constater qu'un Quotient d'adversité élevé mais un Quotient émotionnel faible révèle une personne résistante mais coupée de ses émotions. Ou encore, repérer un Quotient spirituel développé chez une part du sujet, mais entravé par un protecteur sceptique ou critique.

Ainsi, chaque individu est considéré comme un système riche, nuancé, et digne d'attention dans chacune de ses dimensions. La thérapie ne cherche pas à « réparer » un symptôme, mais à restaurer une cohérence intérieure, à remettre en circulation ce qui était bloqué, à reconnecter la personne à ses ressources profondes.

Aux fondements : Boris Cyrulnik et Richard Schwartz

Le travail de **Boris Cyrulnik** sur la résilience a montré combien le traumatisme n'est pas une fatalité. Ce n'est pas l'événement lui-même qui détermine les conséquences psychiques, mais la manière dont il est intégré, le contexte dans lequel il survient, et les liens affectifs qui soutiennent la reconstruction. Son approche humaniste, empreinte d'espoir, insiste sur l'importance de donner sens à la souffrance, de raconter, de symboliser, d'être entendu. Il a ouvert la voie à une psychologie de la réparation, qui ne nie pas la douleur, mais la transforme.

De son côté, **Richard Schwartz** a révolutionné l'approche thérapeutique en reconnaissant la multiplicité interne comme normale, naturelle et précieuse. Son modèle IFS est aujourd'hui largement reconnu dans les prises en charge des traumatismes complexes, des troubles dissociatifs, mais aussi dans le développement personnel profond. Son approche respectueuse, non pathologisante, permet à la personne de se réconcilier avec elle-même, en intégrant les parts autrefois rejetées ou ignorées.

Une thérapie du lien, du sens et de la conscience

Résilience Therapy puise donc dans ces deux héritages une vision nouvelle : celle d'un accompagnement global, sur mesure, fondé sur le lien à soi, à ses parts, à ses intelligences, et aux autres. Elle se veut à la fois rigoureuse et intuitive, structurée et créative, ancrée et ouverte.

Cette approche innovante marque l'entrée dans une nouvelle manière de concevoir la thérapie : non plus comme une correction d'un dysfonctionnement, mais comme un **voyage intérieur**, une **reconquête de soi**, une **rencontre avec toutes les dimensions de l'être**.

Chapitre 2

La résilience selon Boris Cyrulnik : le pouvoir de se reconstruire

Un pionnier de la résilience en France

Le nom de Boris Cyrulnik est aujourd'hui indissociable de la notion de résilience. Neuropsychiatre, éthologue, psychanalyste et écrivain, il a introduit et popularisé ce concept en France à travers une série d'ouvrages majeurs, dont *Un merveilleux malheur* (1999), *Les vilains petits canards* (2001), ou encore *La nuit, j'écrirai des soleils* (2019).

Pour Cyrulnik, la résilience est la capacité d'un individu à se reconstruire après un traumatisme, à « reprendre un nouveau développement après un événement déstabilisant », selon ses propres mots. Il insiste sur le fait que la résilience n'efface pas la souffrance, mais qu'elle permet de l'intégrer dans une nouvelle narration de soi, pour donner un sens nouveau à la vie.

La résilience n'est pas un don, mais un processus

Contrairement à une idée reçue, la résilience n'est pas une qualité innée réservée à quelques individus exceptionnels. C'est un processus psychique complexe, qui se construit dans le temps et dans la relation. « La résilience n'est pas un trait de caractère, c'est une trajectoire », rappelle-t-il souvent.

Cyrulnik démontre que ce processus dépend de plusieurs facteurs :

- **Le tempérament de base** (une part biologique de la personne)

- **L'environnement affectif** et la qualité des liens précoces
- **Les tuteurs de résilience**, ces figures humaines soutenantes qui permettent de retrouver une confiance dans la vie
- **La capacité à symboliser** l'événement traumatique par le langage, l'art, l'écriture
- **Le contexte social et culturel** dans lequel l'individu évolue

Ainsi, une personne peut surmonter un événement dramatique non pas parce qu'elle est « forte », mais parce qu'elle a trouvé un sens, un lien, une narration qui **donne à la douleur une place dans l'histoire de sa vie.**

Exemple biographique : une résilience incarnée

Boris Cyrulnik parle de résilience en connaissance de cause. Né en 1937 dans une famille juive, il perd ses parents pendant la Seconde Guerre mondiale. Il est capturé par les nazis à l'âge de 6 ans, interné, puis miraculeusement sauvé. Ce traumatisme originel l'a conduit à passer toute sa vie à comprendre comment certains enfants brisés par la guerre ont pu se reconstruire, tandis que d'autres ont sombré.

Son propre parcours est un exemple vivant de résilience. Plutôt que de se définir par sa blessure, il a choisi de la transformer en moteur d'engagement, d'écriture, de transmission. Cette transformation du traumatisme en force vitale est au cœur de sa vision : « Le malheur n'est pas merveilleux en soi. Il devient merveilleux quand on parvient à en faire quelque chose. »

Les « tuteurs de résilience » : clé de la reconstruction

Un concept fondamental chez Cyrulnik est celui de « tuteur de résilience », inspiré de l'agriculture (le tuteur qui aide une plante fragile à grandir droit). Il s'agit de personnes significatives — éducateurs, amis, thérapeutes, écrivains, artistes — qui, par leur présence bienveillante, offrent au sujet blessé un miroir positif, une stabilité, un espace de reconstruction.

Sans lien humain, dit-il, il est très difficile, voire impossible, de se reconstruire. La parole, la sécurité affective, l'attachement sont les matériaux premiers de la réparation psychique. Le rôle du thérapeute s'inscrit pleinement dans cette logique : il ne s'agit pas seulement de soigner, mais d'être là, d'accompagner, d'écouter, de porter symboliquement.

La parole et la narration : donner du sens au chaos

Un autre pilier du travail de Cyrulnik est l'importance de la mise en récit. Le traumatisme est une coupure brutale du cours de la vie. Il arrache l'individu à son histoire et détruit sa capacité à symboliser. L'un des rôles de la résilience est de reconstruire une cohérence narrative, de remettre des mots là où il n'y avait plus que silence ou violence.

Cyrulnik insiste sur le pouvoir réparateur de la parole : « Tant que le traumatisme reste muet, il reste une bombe psychique à retardement. Dès qu'il est raconté, même imparfaitement, il commence à cicatriser. » La parole permet de reprendre le contrôle

de son récit, de cesser d'être uniquement une victime pour redevenir un sujet.

Ce processus passe parfois par l'art, l'écriture, la musique, ou le théâtre, autant de langages symboliques qui permettent de substituer l'expression à la sidération.

Résilience et enfance : un terrain d'observation essentiel

Une grande partie de l'œuvre de Cyrulnik porte sur les enfants en souffrance. Il observe que certains enfants ayant subi l'abandon, la guerre, les violences ou la pauvreté parviennent à se reconstruire avec une force inattendue. D'autres, malgré des contextes moins extrêmes, s'effondrent.

Ce constat l'amène à développer la notion de « résilience silencieuse », une résilience sans bruit ni éclat, parfois longtemps invisible. Il montre aussi combien la plasticité du cerveau chez l'enfant est une opportunité, mais aussi un risque : l'environnement influence durablement la manière dont les circuits émotionnels se construisent.

« Un enfant qui a été aimé ne meurt jamais tout à fait », écrit-il dans *Les vilains petits canards*, soulignant que l'amour précoce est une ressource indélébile, même après des années de douleur ou d'abandon.

Applications thérapeutiques : une éthique de la douceur

L'approche de Cyrulnik n'est pas une technique, mais une éthique de la réparation. Elle invite le thérapeute à se positionner non pas comme un expert froid, mais comme un présent vivant et aimant, capable de créer un espace sécurisant, symbolique et transformateur.

Ses idées ont inspiré de nombreux courants : la thérapie narrative, les approches d'attachement, la psychotraumatologie moderne. Elles sont également à la source de Résilience Therapy, qui reprend cette idée centrale : la souffrance peut devenir un ferment de croissance, à condition d'être accueillie, soutenue, et replacée dans une histoire porteuse de sens.

Vers une résilience collective et culturelle

Enfin, Boris Cyrulnik étend la notion de résilience à une échelle collective. Il montre que les sociétés aussi peuvent être résilientes après une guerre, un attentat, une pandémie. À condition, là encore, de faire mémoire, de symboliser, de transmettre.

Il défend une écologie du lien, un monde où l'on prend soin des attachements, où l'on protège l'enfant, où l'on écoute la parole du blessé. Cette vision rejoint les valeurs fondamentales de l'approche intégrative : **humanisme, responsabilité, transmission, espoir.**

Une boussole pour toute thérapie

En résumé, Boris Cyrulnik offre à la psychologie contemporaine une boussole éthique et scientifique. Il nous rappelle que la douleur psychique n'est pas une fin en soi, mais une matière première à transformer. Il affirme que la relation guérit, que le sens libère, et que l'humain est bien plus résistant qu'on ne le croit.

C'est à cette vision que **Résilience Therapy** se rattache, en combinant la lecture des quotients, le travail avec les parts internes, et l'accompagnement empathique du chemin de résilience. Une approche du soin ancrée dans la confiance en la capacité de chacun à se relever, dès lors qu'il est accueilli dans son unicité.

Chapitre 3

Richard Schwartz et l'IFS : une vision intérieure de la guérison

Une révolution douce dans la psychothérapie

C'est dans les années 1980 que **Richard C. Schwartz**, thérapeute familial et systémicien américain, fait une découverte essentielle au contact de ses patients traumatisés : derrière leurs symptômes, ils semblent parler au nom de différentes « voix » ou « parties » d'eux-mêmes. Il ne s'agit pas de troubles dissociatifs pathologiques, mais de manifestations cohérentes d'un système intérieur structuré.

De cette observation émerge un modèle novateur : l'IFS (Internal Family Systems), une approche thérapeutique fondée sur l'idée que chaque être humain est composé d'un système intérieur de « parts » ou sous-personnalités, et que l'harmonie intérieure passe par la reconnaissance, la pacification et l'intégration de ces différentes parts. (Source IFS Institute -USA).

L'être humain comme système intérieur pluriel

Selon Schwartz, notre personnalité n'est pas monolithique, mais plurielle. Elle est constituée de différentes parts ayant chacune leur histoire, leurs blessures, leurs fonctions et leurs modes de protection. Ce modèle s'inspire de la thérapie familiale : de même qu'une famille est faite de membres interdépendants, l'esprit est composé de parts qui interagissent, se protègent, s'opposent parfois.

On distingue généralement trois grandes catégories de « parts » :

- **Les managers** : protecteurs proactifs, ils contrôlent la vie quotidienne pour éviter la souffrance (perfectionnisme, vigilance, évitement, rigidité...)
- **Les pompiers** : protecteurs réactifs, ils surgissent en urgence pour éteindre la douleur émotionnelle (addictions, impulsions, dissociation...)
- **Les exilés** : parts jeunes, blessées, souvent porteuses de traumatismes anciens, mises à l'écart parce que trop douloureuses à sentir

Chacune de ces parts a une intention positive, même si son comportement est dysfonctionnel. L'objectif de la thérapie IFS est de créer un dialogue bienveillant entre ces parts et une instance centrale : le « **Self** » ou le « **Soi** ».

Le Self : le centre guérisseur de l'être

Le **Self** est le cœur du modèle IFS. C'est une présence intérieure stable, calme, curieuse, compatissante, capable d'écouter toutes les parts sans jugement. Schwartz considère que chaque être humain possède un Self, même les personnes les plus blessées. Il suffit d'apprendre à l'identifier et à le renforcer.

Quand le Self est aux commandes, il devient possible de dialoguer avec les parts, de les comprendre, de les soulager, et de les réintégrer dans une harmonie intérieure. C'est ce que l'IFS appelle la Self-leadership : une capacité à gouverner son monde intérieur avec douceur et cohérence.

Une approche non pathologisante

L'un des aspects les plus puissants de l'IFS est son approche profondément respectueuse du psychisme. Il ne s'agit pas de «corriger des troubles», mais de comprendre comment le système intérieur s'est organisé pour survivre, souvent dans des contextes de douleur ou de menace.

Cette vision non pathologisante rejoint les idées de Boris Cyrulnik sur la résilience : le symptôme est une tentative de solution, une trace d'adaptation à un vécu traumatique. En IFS, on ne cherche pas à supprimer les comportements, mais à guérir les blessures qui les ont fait naître.

Exemple clinique : une patiente en hypercontrôle

Prenons l'exemple de Claire, une femme de 38 ans, très performante au travail mais sujette à l'épuisement et à des crises d'angoisse. En thérapie IFS, elle découvre un manager intérieur très strict, qui contrôle tout pour éviter le rejet ou l'échec. En dialoguant avec cette part, elle réalise qu'il protège une part exilée d'elle-même, une enfant humiliée dans sa petite enfance.

À travers le Self, Claire apprend à rassurer son manager, à entrer en lien avec l'enfant blessée, à accueillir sa douleur avec compassion. Progressivement, ses angoisses diminuent, son corps se détend, et elle retrouve une liberté intérieure.

Des bénéfices validés par les neurosciences

Les travaux récents en neurosciences affectives valident de nombreuses intuitions du modèle IFS. On sait aujourd'hui que :

- Les traumatismes fragmentent le cerveau et créent des circuits de protection automatique
- L'auto-compassion et la conscience de soi activent des zones cérébrales favorisant la régulation émotionnelle (insula, cortex préfrontal)
- La narration intérieure et le lien à soi-même modifient les réseaux neuronaux et favorisent l'intégration psychique

Des études ont également montré l'efficacité de l'IFS dans les cas de traumatismes complexes, de dépression, de troubles anxieux, de troubles alimentaires, etc. Ce modèle est aujourd'hui enseigné dans de nombreuses universités américaines et intégré à plusieurs protocoles cliniques.

IFS et Résilience Therapy : une alliance thérapeutique essentielle

L'approche **Résilience Therapy** intègre pleinement le modèle IFS, car elle reconnaît que pour accompagner la résilience, il faut aussi écouter les différentes parties qui cohabitent au sein d'un même individu. Ces parts ont des besoins différents, des langages différents, et parfois des conflits internes à résoudre.

Mais surtout, **Résilience Therapy** s'appuie sur l'idée que la guérison ne peut se faire qu'en respectant l'unicité psychique de chaque personne, dans sa pluralité et sa complexité. Il ne s'agit pas

seulement de « réparer », mais de réconcilier, d'unifier l'être humain avec toutes ses composantes.

Une boussole intérieure pour se reconstruire

Le modèle IFS, en mettant le Self au centre, offre à chacun la possibilité de retrouver une souveraineté intérieure, même après les pires blessures. Cette approche rejoint la vision de Cyrulnik : la résilience est une reconstruction, une réappropriation de son histoire, et surtout une reconnaissance de sa valeur intrinsèque.

En IFS, on ne cherche pas à changer qui on est, mais à écouter, accueillir, aimer ce que l'on porte en soi. C'est dans cette acceptation radicale que peut surgir la transformation.

Un modèle pour le XXIe siècle

Dans un monde de plus en plus fragmenté, l'IFS offre une vision profondément humaine, empathique et intégrative de la souffrance psychique. Il ouvre un chemin vers une guérison authentique, en profondeur, qui honore la totalité de l'être.

En intégrant l'IFS au sein de Résilience Therapy, nous disposons d'un cadre puissant pour accompagner les traumatismes, aider chacun à se connaître de l'intérieur, et retrouver la cohérence d'un système blessé mais vivant.

Chapitre 4

Les psycho-traumatismes :

une blessure invisible aux effets profonds

Les **psycho-traumatismes**, souvent appelés simplement « **traumas** », désignent les conséquences psychiques laissées par des événements vécus comme insupportables, incontrôlables ou menaçants pour l'intégrité physique ou psychique d'un individu. Le DSM-5 décrit l'exposition à un événement traumatique comme un facteur déclencheur de troubles psychiques pouvant évoluer vers un TSPT, lorsqu'il s'agit d'une menace réelle ou perçue à l'intégrité physique ou psychique. Ces expériences dépassent les capacités normales de traitement du cerveau, entraînant un bouleversement profond du système nerveux central et de la construction de soi. Contrairement à une blessure physique, un trauma psychique ne se voit pas, mais il modifie profondément la manière dont la personne perçoit le monde, les autres et elle-même.

Une blessure psychique à ne pas sous-estimer : le mot "trauma", du grec *traûma*, signifie « blessure ». Mais contrairement à la blessure physique visible, le traumatisme psychique est invisible à l'œil nu, bien que ses effets soient puissants, durables et parfois dévastateurs. Un traumatisme peut résulter d'un événement unique (accident, agression, catastrophe), ou d'une accumulation de micro-traumatismes (violence familiale, harcèlement, négligence affective, etc.). Boris Cyrulnik, dans *Un merveilleux malheur*, souligne que : « Le traumatisme n'est pas dans l'événement, il est dans la représentation que s'en fait la personne, dans la manière dont elle l'intègre ou le

subit. » Ainsi, le même événement ne produira pas le même effet chez tous, ce qui souligne l'importance de l'histoire individuelle, du contexte affectif, et du système de sens personnel. Il ne s'agit pas d'un simple souvenir douloureux, mais d'un court-circuit émotionnel qui perturbe durablement la psyché.

L'histoire de la compréhension des traumatismes a longtemps été dominée par une approche psychodynamique héritée de Freud, qui voyait dans le trauma un conflit intrapsychique entre des pulsions inconscientes et les défenses du moi. Cette théorie plaçait l'origine du trouble dans le refoulement de désirs inavouables, et non dans l'impact direct d'un événement extérieur. Or, depuis une vingtaine d'années, les neurosciences, notamment grâce aux avancées majeures en **imagerie cérébrale fonctionnelle (IRMf, TEP)**, ont profondément modifié notre compréhension du trauma. Ces technologies permettent désormais d'observer en temps réel ce qui se passe dans le cerveau d'une personne revivant un traumatisme, confirmant que le trauma n'est pas seulement une affaire de symbolisation ou d'interprétation, mais un dérèglement concret, mesurable, du fonctionnement cérébral.

Le cerveau traumatisé : une alarme qui ne s'éteint pas. On sait aujourd'hui que lors d'un événement traumatique, le cerveau entre en état de **survie extrême**, activant massivement l'**amygdale**, véritable centre d'alerte du cerveau. Cette structure, responsable de la détection du danger, s'emballa et reste ensuite en hyperactivité, même lorsque le danger est passé. En parallèle, les connexions avec le **cortex préfrontal**, siège du raisonnement et de la régulation émotionnelle, s'inhibent temporairement. C'est ce qui explique l'état de **sidération psychique** que décrivent de nombreuses victimes : elles

« savent » que le danger est passé, mais leur cerveau continue d’agir comme si la menace était toujours présente. Un autre acteur majeur est l’**hippocampe**, chargé de la mise en contexte temporelle des souvenirs. En situation de stress intense, le fonctionnement de l’hippocampe est perturbé, ce qui empêche l’intégration normale de l’expérience traumatique dans la mémoire autobiographique. Le souvenir reste alors « figé » dans une boucle émotionnelle non digérée, ce que les chercheurs appellent la **mémoire traumatique**. Celle-ci peut se réactiver brutalement au contact d’un simple stimulus sensoriel évoquant le trauma (une odeur, un son, un lieu), plongeant la personne dans un état de détresse extrême, comme si elle revivait l’événement en temps réel.

Un psycho-traumatisme peut ainsi être défini comme **un souvenir négatif associé à une émotion négative intense**. Ce lien est si fort que penser à ce souvenir déclenche à nouveau cette émotion, comme si le cerveau ne distinguait plus le passé du présent. Et inversement, ressentir une émotion similaire peut faire resurgir ce souvenir douloureux. Cela fonctionne dans les deux sens, créant une boucle de renforcement entre mémoire et émotion. C’est cette circularité qui rend le trauma si envahissant : l’émotion ravive le souvenir, et le souvenir ravive l’émotion.

Comme le dit le psychiatre américain Bessel van der Kolk : « Le corps garde les traces du trauma » (*The Body Keeps the Score*). Les personnes traumatisées vivent parfois dans un état de réactivation chronique, où leur système nerveux continue d’agir comme si la menace était encore présente.

Le traumatisme ne touche pas seulement le vécu émotionnel ; il affecte l’identité même de l’individu. Les croyances fondamentales

sur soi (« je ne vauds rien », « je suis en danger ») se cristallisent, façonnant une vision du monde dominée par la peur, la honte, la méfiance ou la dévalorisation. Ces blessures profondes créent des parts internes exilées, pour reprendre la terminologie IFS : ce sont des morceaux d'histoire mis à l'écart, car trop douloureux à vivre. Ces parts peuvent surgir soudainement (flashbacks, crises d'angoisse) ou se faire sentir de manière plus insidieuse (phobies, évitement, dépendances, somatisation...).

Les traumatismes peuvent prendre des formes diverses. Les **traumatismes de commission** sont ceux dans lesquels la personne a subi activement un acte de violence ou d'agression : guerre, viol, maltraitance, attentats, catastrophes naturelles. Les **traumatismes d'omission**, eux, sont plus subtils mais tout aussi destructeurs : absence de soins, de sécurité affective, de validation émotionnelle, négligence parentale ou institutionnelle. Ces formes de carence ont un impact durable sur l'attachement, la construction de l'estime de soi et la capacité à réguler ses émotions.

Parmi les différentes catégories, les **traumatismes simples** sont liés à un événement ponctuel, identifiable, comme un accident ou une agression unique. En revanche, les **traumatismes complexes** surviennent dans des contextes de violences répétées, prolongées, souvent dans la sphère intime.

Les **traumatismes développementaux** sont vécus dès l'enfance, dans les périodes de maturation du cerveau, et modifient durablement les circuits neuronaux en formation. Les **traumas transgénérationnels** montrent que le traumatisme non élaboré d'une génération peut affecter la suivante, y compris par voie épigénétique. Les **traumatismes vicariants**, quant à eux, affectent les personnes

exposées indirectement à la souffrance d'autrui. Enfin, d'autres expériences peuvent être psychotraumatisantes sans être extrêmes ou violentes : ruptures brutales, humiliations, trahisons.

Dans la foulée de l'événement, le cerveau entre dans une phase de régulation intense. On parle d'**état de stress aigu** (ou SPT) lorsque des symptômes de reviviscence, d'hypervigilance, d'évitement et de troubles du sommeil apparaissent dans le mois qui suit le trauma. Mais si ces symptômes persistent au-delà d'un mois, on parle de **trouble de stress post-traumatique (TSPT)**. Environ **un tiers des victimes** d'un événement traumatique développeront un TSPT.

Le **TSPT** repose sur des critères précis : exposition à un événement traumatique, puis quatre grandes catégories de symptômes :

- (1) reviviscence (flashbacks, cauchemars),
- (2) évitement,
- (3) altérations négatives de l'humeur,
- (4) hyperactivation neurovégétative.

Ces symptômes doivent causer une souffrance significative ou une altération du fonctionnement quotidien.

Un élément clé dans l'accompagnement est la notion de **fenêtre de tolérance**. Elle représente la zone dans laquelle une personne peut rester régulée émotionnellement. Lorsqu'on sort de cette fenêtre — vers l'hyperactivation (panique) ou l'hypoactivation (dissociation) —, les fonctions cognitives deviennent inaccessibles. Les thérapies modernes visent à **restaurer la régulation émotionnelle**, à **réintégrer l'expérience traumatique dans une narration cohérente**, et à **désensibiliser les circuits neuronaux hyperactifs**.

Le modèle polyvagal de S. Porges permet également de comprendre ces états de survie via les réponses de figement, fuite ou lutte.

Traiter le traumatisme nécessite plus qu'un travail verbal. Il s'agit de reconnecter le sujet à son corps, à ses émotions enfouies, et de recréer un lien de sécurité à l'intérieur de soi. Les outils intégratifs comme l'IFS, l'hypnose, l'EMDR ou la DTMA permettent de traiter les parts traumatiques en douceur. Boris Cyrulnik le rappelle : « Ce n'est pas la parole qui guérit, c'est la relation. » Et c'est dans la relation au thérapeute, mais aussi dans la relation restaurée à soi-même, que le processus de résilience peut véritablement commencer.

En conclusion, il est essentiel de bien distinguer les **psycho-traumatismes** – qui peuvent toucher chacun à des degrés variables – du **Trouble de Stress Post-Traumatique (TSPT)**, qui correspond à une pathologie spécifique, diagnostiquée selon des critères cliniques. Le TSPT se manifeste lorsque les mécanismes d'auto-régulation échouent durablement, entraînant une altération significative du fonctionnement psychique, émotionnel et social.

Grâce aux neurosciences, nous savons aujourd'hui que le psycho-traumatisme est à la fois psychologique, corporel, et neurologique. Il est inscrit dans le cerveau, mais il est aussi **réversible**, grâce à la plasticité cérébrale, aux relations réparatrices et aux thérapies appropriées. Le passage du trauma à la résilience est possible, pour peu que l'accompagnement respecte le rythme, la profondeur, et la complexité de l'humain.

Chapitre 5

Cauchemars et trauma : comprendre pour apprivoiser

"Les cauchemars sont les lettres que notre inconscient envoie à notre conscience. Les lire, c'est déjà commencer à guérir."

Pour ceux qui n'ont jamais vécu de traumatisme, le sommeil est souvent perçu comme une pause bienveillante, une coupure réparatrice dans le tumulte de la journée. Mais pour les personnes ayant traversé des épreuves extrêmes, la nuit peut se transformer en champ de bataille. L'ombre, le silence et la fermeture des yeux ne sont plus synonymes de repos : ils deviennent l'antichambre d'images terrifiantes, de scènes insupportables, qui surgissent sans prévenir. Dans le Trouble de Stress Post-Traumatique (TSPT), le cauchemar n'est pas un simple mauvais rêve. Il est l'une des expressions les plus frappantes de la mémoire traumatique, et parfois l'une des plus dévastatrices.

Ces cauchemars peuvent arriver dès les premiers jours suivant l'événement, comme une plaie encore à vif qui suppure dans le sommeil. Mais ils peuvent aussi se tapir dans l'ombre pendant des semaines, des mois, parfois des années, avant de resurgir avec une force intacte, déclenchés par un détail, une odeur, un son, ou même sans cause apparente. Ce qui les rend particulièrement éprouvants, c'est qu'ils ne se limitent pas à troubler la nuit : ils contaminent la journée par la peur de dormir, l'anxiété anticipatoire et la fatigue chronique.

Un cauchemar se définit par un rêve à forte charge émotionnelle négative, suffisamment intense pour provoquer un réveil brutal ou un sentiment durable de détresse. Dans la population générale, les cauchemars ponctuels sont relativement fréquents, souvent liés au stress, à des conflits émotionnels, à la fièvre, ou même à un repas trop copieux. Mais dans le cadre du trauma, on observe souvent des cauchemars récurrents, centrés sur des thèmes spécifiques, qui reviennent encore et encore comme une boucle impossible à rompre. Ces rêves n'ont rien d'aléatoire : ils sont le reflet d'un mécanisme cérébral profondément perturbé par l'événement traumatique.

Il est utile de distinguer plusieurs formes de cauchemars chez les personnes traumatisées. Certains reproduisent fidèlement la scène vécue, comme une relecture brute et sans filtre de l'événement. Un soldat pourra revivre, chaque nuit, l'explosion d'une mine, ressentir la chaleur du souffle, entendre les cris, voir les visages figés dans la panique. Un pompier rescapé d'un incendie peut ainsi rêver, chaque semaine, de la même maison en flammes, avec la chaleur sur son visage et l'odeur de fumée. D'autres cauchemars sont symboliques : ils ne représentent pas directement l'événement, mais en reprennent les thèmes émotionnels. Une victime d'agression pourra rêver d'être poursuivie dans une forêt sombre, ou enfermée dans une pièce sans issue. Enfin, certains sont fragmentés : des images incohérentes s'enchaînent, mais comportent des éléments clés du traumatisme — un bruit, un visage, une odeur — qui suffisent à réveiller l'angoisse.

Pour comprendre pourquoi ces cauchemars sont si tenaces, il faut plonger dans la mécanique du sommeil. Notre nuit se déroule en cycles d'environ 90 minutes, alternant sommeil calme (NREM) et

sommeil paradoxal (REM). C'est dans ce sommeil paradoxal que la plupart des rêves riches et émotionnels apparaissent. Le cerveau y est paradoxalement très actif : l'amygdale, centre de détection des dangers, fonctionne à plein régime ; le cortex préfrontal, siège du raisonnement et du contrôle, ralentit ; l'hippocampe, qui gère la mémoire contextuelle, réactive des souvenirs pour les intégrer à notre histoire de vie.

En temps normal, ce processus permet de "digérer" les émotions, de transformer les souvenirs bruts en mémoire narrative, moins chargée émotionnellement. Mais après un trauma, ce mécanisme se dérègle. L'amygdale, hypersensibilisée par l'événement, réagit comme si la menace était toujours présente. L'hippocampe, saturé, peine à "dater" correctement le souvenir : il n'est plus rangé dans le passé, mais reste enregistré comme un danger actuel. Le cortex préfrontal, qui devrait tempérer ces signaux, est trop peu actif dans le sommeil paradoxal pour reprendre le contrôle. Résultat : le rêve se transforme en reviviscence brute, où le cerveau, coupé du monde extérieur, rejoue l'événement avec une intensité sensorielle et émotionnelle extrême.

Lorsqu'un souvenir traumatique n'a pas été traité et intégré, il reste piégé dans ce qu'on appelle la mémoire émotionnelle implicite. Pendant le sommeil, le cerveau tente à plusieurs reprises de le retraiter. C'est probablement une tentative sincère du système nerveux de "digérer" l'expérience. Mais comme la charge émotionnelle est trop forte, le processus échoue, et le cauchemar se répète. Certains chercheurs, comme Bessel van der Kolk, expliquent que ces rêves sont une forme de "répétition bloquée", une tentative de guérison qui tourne en rond.

Les cauchemars traumatiques se distinguent des cauchemars ordinaires par trois caractéristiques majeures. D'abord, leur réalisme sensoriel : les sons, les odeurs, les sensations corporelles sont si précis qu'ils peuvent déclencher une réaction physiologique réelle — tachycardie, sueurs, tensions musculaires, parfois même douleur. Ensuite, leur capacité à provoquer une réactivation complète du système de stress, comme si la personne vivait à nouveau la scène. Enfin, leur répétitivité : certains scénarios reviennent à l'identique pendant des années, renforçant l'ancrage de la peur.

Les conséquences dépassent largement la sphère du sommeil. Beaucoup de personnes développent une véritable phobie de la nuit, repoussant l'heure du coucher ou dormant par tranches courtes pour éviter les phases de sommeil paradoxal. La fragmentation du sommeil entraîne une fatigue chronique, qui affaiblit la capacité à gérer le stress le jour. L'hypervigilance nocturne, typique du TSPT, se traduit par des réveils en sursaut, des vérifications répétées (portes, fenêtres), et un sommeil léger, toujours prêt à détecter une menace.

Dans l'approche Résilience Therapy, ces cauchemars ne sont pas vus comme de simples symptômes, mais comme des messages codés de parts internes blessées. En mobilisant la carte des quotients, on peut identifier quel quotient est le plus impacté — souvent le quotient émotionnel, submergé par la peur, ou le quotient d'adversité, épuisé par la répétition de l'épreuve. Le modèle IFS permet ensuite d'entrer en dialogue avec la part qui produit ce rêve : que cherche-t-elle à dire ? Quel danger tente-t-elle de prévenir ? Souvent, cette part rejoue la scène non pas pour faire souffrir, mais pour maintenir un état d'alerte, dans l'illusion de protéger la personne.

Plusieurs stratégies peuvent aider à apprivoiser ces cauchemars. L'**Imagery Rehearsal Therapy** (IRT) consiste à réécrire volontairement le scénario du cauchemar, à y introduire un élément protecteur ou rassurant, puis à le visualiser régulièrement à l'état éveillé. La **DTMA-H** peut travailler directement sur les images et les sensations du rêve, en associant mouvements alternatifs et état hypnotique pour réduire la charge émotionnelle. L'hypnose thérapeutique offre également un espace sécurisé pour revisiter le rêve et le transformer. L'hygiène du sommeil joue un rôle essentiel : horaires réguliers, environnement rassurant, réduction des stimulants, et rituel d'endormissement orienté vers la détente.

Il est important de noter que le but n'est pas toujours de "supprimer" le cauchemar, mais parfois de le transformer en rêve moins menaçant. Ainsi, Sarah, 29 ans, victime d'un accident de voiture, revivait chaque nuit le choc frontal. Après huit séances de DTMA-H, le scénario a changé : elle voyait encore la route, mais la collision ne survenait pas. Trois mois plus tard, le cauchemar avait disparu, remplacé par un rêve plus neutre.

En apprenant à voir le cauchemar non pas comme un ennemi, mais comme une tentative de traitement du trauma, il devient possible de changer la relation qu'on entretient avec lui. Le cauchemar, aussi douloureux soit-il, est parfois un messenger. Et lorsqu'on prend le temps de l'écouter, de le comprendre et de l'apprivoiser, il peut perdre son pouvoir de terreur, jusqu'à devenir un souvenir parmi d'autres, rangé enfin à sa place : dans le passé.

*Ce que nous avons enduré ne raconte pas qui nous sommes :
c'est ce que nous en faisons qui nous révèle.*

Chapitre 6

Le Trouble de Stress Post-Traumatique (TSPT) : comprendre pour accompagner

Une réponse normale à une situation anormale

Le TSPT est aujourd'hui bien identifié dans les classifications psychiatriques internationales, telles que le DSM-5 (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux) et la CIM-11 (Classification internationale des maladies). Il correspond à un ensemble de symptômes persistants qui apparaissent après un événement traumatique ayant menacé l'intégrité physique ou psychique d'un individu. Ce trouble ne doit pas être interprété comme une faiblesse psychologique, mais plutôt comme une réaction adaptative du système nerveux à une situation qui dépasse ses capacités de régulation. Il s'agit d'une réponse normale à une situation anormale, où le cerveau reste en alerte, prisonnier d'un état d'hypervigilance comme si la menace persistait.

Les avancées des neurosciences au cours des deux dernières décennies ont permis, grâce à l'imagerie cérébrale, de visualiser les dysfonctionnements qui accompagnent le TSPT : hyperactivation de l'amygdale (détection du danger), inhibition du cortex préfrontal (pensée logique, régulation des émotions), réduction de volume de l'hippocampe (intégration du souvenir dans la mémoire autobiographique). Ces données valident les expériences subjectives des patients et renforcent l'idée que le TSPT est une atteinte neuropsychologique réelle, mesurable, et donc soignable.

La terminologie est essentielle pour bien comprendre et accompagner les personnes souffrant d'un traumatisme psychique. Or, plusieurs expressions sont couramment utilisées, parfois de manière interchangeable : *Syndrome de Stress Post-Traumatique* (SSPT), *État de Stress Post-Traumatique* (ESPT), ou encore *Trouble du Stress Post-Traumatique* (TSPT). Il est pourtant important de distinguer ces termes, car leurs significations diffèrent.

Le "**Syndrome de Stress Post-Traumatique**" (SSPT) désigne un **ensemble de symptômes** pouvant évoquer un trouble post-traumatique, **sans qu'un diagnostic formel n'ait été établi** par un professionnel de santé. Il s'agit souvent d'une appellation utilisée dans le langage courant ou par les victimes elles-mêmes, avant toute évaluation clinique.

L'"**État de Stress Post-Traumatique**" (ESPT) fait référence à un **état psychologique consécutif à un événement traumatique**. Ce terme est surtout employé en France, dans des contextes comme la gendarmerie, les services de secours ou la médecine du travail. Il est généralement utilisé de manière **descriptive ou préventive**, parfois à tort comme synonyme du TSPT, bien qu'il ne corresponde pas à une entité clinique reconnue dans les classifications internationales.

Le "**Trouble du Stress Post-Traumatique**" (TSPT) est, quant à lui, une **entité médicale reconnue**, définie dans les classifications internationales telles que le **DSM-5** (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux) et la **CIM-11** (Classification internationale des maladies). Il s'agit d'un **diagnostic psychiatrique structuré**, reposant sur un ensemble de symptômes persistants clairement identifiés.

Le TSPT suppose une **durée des symptômes supérieure à un mois**, avec un **retentissement significatif sur la vie quotidienne**. C'est le terme à privilégier en contexte clinique, thérapeutique ou médico-légal.

1. **Reviviscences** : le traumatisme revient sous forme de cauchemars, de flashbacks, ou de pensées intrusives incontrôlables. Le sujet ne se souvient pas seulement de l'événement : il le *revit*, avec les mêmes sensations corporelles et émotionnelles.
2. **Évitement** : la personne évite tout ce qui rappelle de près ou de loin le trauma – lieux, situations, émotions, personnes, voire même pensées ou souvenirs. Cet évitement, parfois massif, limite les interactions sociales et la capacité d'affronter la réalité.
3. **Altérations négatives des cognitions et de l'humeur** : cela inclut une perception négative de soi ou du monde, une culpabilité excessive (« j'aurais dû... »), un sentiment de détachement, des troubles de la mémoire ou de concentration, et une perte d'intérêt pour les activités habituelles.
4. **Hyperactivation neurovégétative** : irritabilité, sursauts exagérés, insomnie, tensions musculaires, troubles digestifs... L'organisme reste en état d'alerte, avec un système nerveux sympathique constamment suractivé.

Ces symptômes peuvent apparaître dans le mois qui suit le trauma (forme aiguë) ou persister au-delà d'un mois, ce qui constitue le diagnostic de TSPT. Selon les études épidémiologiques, environ un tiers des personnes exposées à un trauma développent un TSPT. Les autres peuvent présenter des symptômes transitoires ou des formes plus latentes.

Le TSPT complexe : une entité à part Le TSPT complexe est une forme plus sévère et diffuse, résultant de traumatismes répétés, souvent dans un contexte relationnel (violences intrafamiliales, abus sexuels dans l'enfance, situations de captivité, maltraitance institutionnelle, etc.). Judith Herman, psychiatre américaine, a été la première à en proposer une définition structurée en 1992, en soulignant que : « Dans les traumatismes chroniques, la personnalité elle-même devient organisée autour du trauma. »

Ce type de traumatisme s'accompagne fréquemment de :

- Troubles dissociatifs (dépersonnalisation, amnésies, déréalisation)
- Troubles de l'attachement (peur du rejet, ambivalence relationnelle)
- Troubles de l'identité ou de la régulation émotionnelle (colères explosives, honte envahissante, comportements auto-destructeurs)

À long terme, ces perturbations peuvent mimer ou aggraver d'autres troubles psychiatriques (dépression, troubles borderline, addictions), rendant le diagnostic plus complexe.

Traitements et protocoles intégratifs

Face à une telle complexité, le traitement du TSPT doit être multimodal et progressif. Selon les recommandations internationales (ISTSS, 2019 ; HAS, 2017), la prise en charge du TSPT repose sur trois grands axes thérapeutiques :

- **Stabilisation** : il s'agit de restaurer un sentiment de sécurité physique, émotionnelle et relationnelle. Cela passe par des techniques de régulation du système nerveux autonome, de pleine conscience, de respiration, et d'ancrage corporel. C'est une étape indispensable avant tout travail de remobilisation traumatique.

- **Traitement du trauma** : il vise la désensibilisation des souvenirs traumatiques, par des approches reconnues comme l'EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing), l'hypnose thérapeutique, les thérapies sensori-motrices, l'IFS (Internal Family Systems), ou encore la DTMA (Désensibilisation des Traumatismes par les Mouvements Alternatifs). Ces méthodes permettent de « débloquer » les souvenirs enkystés dans la mémoire émotionnelle et de les intégrer dans le récit de vie.

- **Intégration** : elle consiste à revisiter les croyances limitantes issues du trauma (« je suis faible », « je suis coupable ») pour reconstruire une image de soi plus juste et plus stable. Ce travail identitaire se fait dans une relation thérapeutique bienveillante et contenante.

L'approche **Résilience Therapy** s'inscrit dans cette dynamique intégrative. Elle articule l'exploration des quotients personnels (émotionnel, adaptatif, relationnel, éthique...) avec la cartographie des parts internes du modèle IFS, offrant un cadre personnalisé pour identifier, comprendre et soigner les blessures psychiques. Elle propose aussi une lecture symbolique et systémique du trauma, permettant d'en saisir les résonances transgénérationnelles ou inconscientes.

Une réconciliation intérieure est possible Le TSPT n'est pas une condamnation. Grâce à la neuroplasticité du cerveau, à des techniques de plus en plus fines et à une meilleure compréhension de la mémoire traumatique, il est possible de rétablir l'équilibre intérieur. Le facteur relationnel reste central : comme le rappelle Boris Cyrulnik, « on ne peut pas empêcher les traumatismes, mais on peut accompagner la résilience. »

La **Résilience Therapy** invite à dépasser l'étiquette de « trouble » pour retrouver une cohérence psychique et corporelle. Elle soutient le consultant dans la réappropriation de son histoire, dans l'apaisement de ses parts blessées, et dans l'émergence de nouveaux récits de soi. Car ce n'est pas le trauma en lui-même qui définit l'individu, mais ce qu'il en fait, soutenu par un cadre thérapeutique respectueux, sécurisant, et profondément humain.

Questionnaire clinique de dépistage du TSPT

Évaluation en 40 questions

Ce questionnaire permet d'identifier la présence des symptômes caractéristiques du Trouble de Stress Post-Traumatique (TSPT), en lien avec un événement traumatique vécu. Il respecte la structure diagnostique du DSM-5, qui nécessite :

- une exposition à un événement traumatique (critère A),
- la présence de symptômes dans **les 4 catégories** suivantes,
- une **durée des symptômes supérieure à un mois**,
- un **impact significatif sur le fonctionnement personnel, relationnel ou professionnel**,
- et, en cas de **manifestations physiques marquées**, une orientation vers un **TSPT complexe**.

Instructions :

Pour chaque question, cochez la réponse qui correspond le mieux à ce que vous avez ressenti **au cours des 30 derniers jours** :

- Jamais Rarement Souvent Très souvent
-

I. Symptômes de reviviscence

1. Avez-vous des souvenirs intrusifs et incontrôlables de l'événement traumatique ?
 Jamais Rarement Souvent Très souvent
 2. Faites-vous des cauchemars ou des rêves liés à ce que vous avez vécu ?
 Jamais Rarement Souvent Très souvent
 3. Avez-vous des flashbacks, avec l'impression de revivre la scène ?
 Jamais Rarement Souvent Très souvent
 4. Êtes-vous bouleversé(e) émotionnellement face à des rappels de l'événement (sons, lieux, images...) ?
 Jamais Rarement Souvent Très souvent
 5. Votre corps réagit-il à ces rappels (palpitations, sueurs, nausées...) ?
 Jamais Rarement Souvent Très souvent
 6. Avez-vous la sensation que ces souvenirs vous envahissent sans que vous le vouliez ?
 Jamais Rarement Souvent Très souvent
-

II. Symptômes d'évitement

7. Évitez-vous de penser à ce que vous avez vécu ?
 Jamais Rarement Souvent Très souvent
8. Évitez-vous certaines personnes, lieux ou activités associés à l'événement ?
 Jamais Rarement Souvent Très souvent

9. Avez-vous des difficultés à parler de cet événement ?
 Jamais Rarement Souvent Très souvent
10. Recherchez-vous consciemment à fuir toute forme de rappel (distraction, évitement mental...) ?
 Jamais Rarement Souvent Très souvent
11. Avez-vous du mal à exprimer ou ressentir certaines émotions liées à cet événement ?
 Jamais Rarement Souvent Très souvent
-

III. Altérations cognitives et émotionnelles

12. Avez-vous des trous de mémoire concernant l'événement ou ses détails ?
 Jamais Rarement Souvent Très souvent
13. Ressentez-vous de la culpabilité, de la honte ou des jugements négatifs sur vous-même ?
 Jamais Rarement Souvent Très souvent
14. Avez-vous développé une vision très négative du monde, des autres ou de l'avenir ?
 Jamais Rarement Souvent Très souvent
15. Vous sentez-vous émotionnellement éloigné(e) des autres ?
 Jamais Rarement Souvent Très souvent
16. Avez-vous perdu l'intérêt pour des choses importantes auparavant ?
 Jamais Rarement Souvent Très souvent

17. Ressentez-vous une difficulté à éprouver des émotions positives (joie, amour, paix) ?

- Jamais Rarement Souvent Très souvent
-

IV. Hyperactivation neurovégétative

18. Avez-vous du mal à vous endormir ou vous réveillez-vous souvent ?

- Jamais Rarement Souvent Très souvent

19. Êtes-vous souvent tendu(e), agité(e), avec une sensation de tension permanente ?

- Jamais Rarement Souvent Très souvent

20. Vous sentez-vous irritable, colérique, à fleur de peau ?

- Jamais Rarement Souvent Très souvent

21. Sursautez-vous facilement face à des bruits ou mouvements inattendus ?

- Jamais Rarement Souvent Très souvent

22. Avez-vous du mal à vous concentrer ou à rester attentif ?

- Jamais Rarement Souvent Très souvent

23. Avez-vous le sentiment d'être constamment en alerte ou sur le qui-vive ?

- Jamais Rarement Souvent Très souvent
-

V. Temporalité et impact fonctionnel

24. Ces symptômes sont-ils présents depuis plus d'un mois ?

- non Je ne sais pas probablement oui

25. Avez-vous eu le sentiment que votre vie était menacée ou celle d'un proche ?
 Jamais Rarement Souvent Très souvent
26. Avez-vous changé votre façon de vivre à cause de ce que vous avez vécu ?
 Jamais Rarement Souvent Très souvent
27. Ces symptômes affectent-ils votre vie professionnelle ou scolaire ?
 Jamais Rarement Souvent Très souvent
28. Affectent-ils vos relations familiales ou sociales ?
 Jamais Rarement Souvent Très souvent
29. Ces symptômes vous empêchent-ils de vous projeter dans l'avenir ?
 Jamais Rarement Souvent Très souvent
30. Ressentez-vous une détresse émotionnelle significative liée à ce vécu ?
 Jamais Rarement Souvent Très souvent
-

VI. Manifestations physiques

31. Ressentez-vous une tension constante dans le corps (mâchoires, épaules, dos...) ?
 Jamais Rarement Souvent Très souvent
32. Avez-vous régulièrement des douleurs sans cause médicale claire ?
 Jamais Rarement Souvent Très souvent

33. Avez-vous des troubles digestifs récurrents (ballonnements, douleurs abdominales, nausées...) ?
 Jamais Rarement Souvent Très souvent
34. Avez-vous souvent des maux de tête, migraines ou vertiges inexplicables ?
 Jamais Rarement Souvent Très souvent
35. Votre sommeil est-il perturbé par une tension corporelle ou des douleurs ?
 Jamais Rarement Souvent Très souvent
36. Avez-vous la sensation d'oppression dans la poitrine ou de difficultés à respirer ?
 Jamais Rarement Souvent Très souvent
37. Avez-vous l'impression de vivre dans un état de stress corporel permanent ?
 Jamais Rarement Souvent Très souvent
38. Votre corps réagit-il fortement à certaines émotions (boule au ventre, gorge nouée...) ?
 Jamais Rarement Souvent Très souvent
39. Avez-vous des troubles de l'appétit (perte ou excès) liés à des états émotionnels ?
 Jamais Rarement Souvent Très souvent
40. Avez-vous l'impression que votre corps parle à votre place quand les mots ne sortent pas ?
 Jamais Rarement Souvent Très souvent

Grille d'interprétation clinique du TSPT

Le diagnostic de TSPT repose sur l'association des éléments suivants :

- La **présence d'un événement traumatique** (critère A),
- Des **symptômes présents dans chacune des 4 catégories du DSM-5**,
- Une **durée des symptômes supérieure à un mois**,
- Un **impact significatif sur le fonctionnement personnel ou professionnel**,
- Des **manifestations somatiques associées** en cas de suspicion de TSPT complexe.

Chaque critère est considéré comme atteint dès lors qu'au moins une (ou deux selon le domaine) réponse(s) à une question de la catégorie correspond à **"Souvent" ou "Très souvent"**.

Tableau récapitulatif

Domaine	Conditions minimales requises	Critère atteint
Reviviscence (Q1 à Q6)	Au moins 1 réponse "Souvent" ou "Très souvent"	<input type="checkbox"/>
Évitement (Q7 à Q11)	Au moins 1 réponse "Souvent" ou "Très souvent"	<input type="checkbox"/>

Domaine	Conditions minimales requises	Critère atteint
Altérations cognition/humeur (Q12 à Q17)	Au moins 2 réponses "Souvent" ou "Très souvent"	<input type="checkbox"/>
Hyperactivation neurovégétative (Q18 à Q23)	Au moins 2 réponses "Souvent" ou "Très souvent"	<input type="checkbox"/>
Durée des symptômes (Q24)	Réponse "probablement" ou "oui"	<input type="checkbox"/>
Impact fonctionnel (Q25 à Q30)	Au moins 1 réponse "Souvent" ou "Très souvent"	<input type="checkbox"/>
Manifestations physiques (Q31 à Q40)	≥ 4 réponses "Souvent" ou "Très souvent"	<input type="checkbox"/>

Lecture clinique

- **TSPT (diagnostic probable)** : Si les **6 premiers critères** sont cochés (Q1 à Q30), le diagnostic de TSPT est **hautement probable**.
- **TSPT complexe (forme sévère, chronique ou développementale)** : Si le **TSPT est probable** ET que le critère "**Manifestations physiques**" est également atteint, alors le trouble peut être qualifié de **TSPT complexe**.

Notes :

Chapitre 7

Le TSPT complexe

Les cicatrices invisibles du trauma prolongé

"Il ne s'agit plus d'un choc ponctuel, mais d'un naufrage répété. Le corps, l'identité, les émotions : tout finit par se disloquer."

Le **TSPT complexe** est une forme sévère et durable du Trouble de Stress Post-Traumatique. Contrairement au **TSPT simple**, qui résulte généralement d'un événement unique (accident, agression, catastrophe...), le TSPT complexe émerge **à la suite d'une exposition prolongée, répétée ou précoce à des situations traumatisantes**.

Il affecte profondément la construction identitaire, la régulation émotionnelle, la perception du monde et les relations avec autrui. Le sujet ne se sent pas seulement "traumatisé" : il se sent **déraciné de lui-même**, souvent **prisonnier d'un système interne fragmenté**, avec des symptômes émotionnels, cognitifs, relationnels et corporels imbriqués.

Exemples typiques d'origine du TSPT complexe

- Violence conjugale ou familiale chronique
- Maltraitance physique ou psychologique durant l'enfance
- Négligence affective prolongée
- Inceste ou abus sexuel répété

- Enfermement, captivité ou torture
 - Exposition répétée à la détresse (secouristes, pompiers, militaires, gendarmes)
 - Polytraumatismes psychiques dans les contextes migratoires ou de guerre
-

Les caractéristiques spécifiques du TSPT complexe

Bien qu'il repose sur la même base diagnostique que le TSPT simple, le TSPT complexe présente des **traits spécifiques** souvent absents dans les formes classiques. Ces particularités sont maintenant bien décrites dans la littérature, notamment dans le **CIM-11** de l'OMS (2018), qui reconnaît officiellement le **TSPT complexe (C-PTSD)** comme entité distincte.

1. Dysrégulation émotionnelle chronique

- Réactions explosives ou inhibées
- Incapacité à apaiser ses émotions seul
- Crises de panique, de colère, ou de dissociation

2. Altérations profondes de l'image de soi

- Sentiment d'être brisé, souillé, sans valeur
- Honte persistante, culpabilité toxique
- Identification au persécuteur (syndrome de Stockholm)

3. Troubles relationnels majeurs

- Méfiance excessive ou dépendance affective extrême
- Difficulté à établir des liens stables et sécurés
- Peur de l'abandon, de l'intimité ou du rejet

4. Symptômes somatiques persistants

- Douleurs chroniques, troubles digestifs, migraines, tensions musculaires
- Crises d'angoisse corporelle sans cause médicale
- Manifestations psychosomatiques qui résistent aux traitements classiques

5. Troubles dissociatifs associés

- Dépersonnalisation, déréalisation
- Amnésies partielles ou floues
- Présence de "parts internes" clivées (cf. modèle IFS)

Distinction avec le TSPT simple

Dimension	TSPT simple	TSPT complexe
Type de trauma	Unique, ponctuel	Répété, prolongé, souvent relationnel
Symptômes dominants	Flashbacks, hypervigilance	Dissociation, troubles identitaires, somatisation

Dimension	TSPT simple	TSPT complexe
Conscience du trauma	Généralement claire	Parfois fragmentée ou inaccessible
Régulation émotionnelle	Perturbée mais récupérable	Instable, persistante, souvent extrême
Construction de soi	Peu affectée	Atteinte profonde et durable
Relations affectives	Parfois perturbées	Fortement altérées ou conflictuelles

Conséquences fonctionnelles

Les personnes souffrant de TSPT complexe rencontrent souvent des difficultés majeures dans :

- la parentalité (transmission transgénérationnelle du trauma),
 - la vie de couple (relations fusionnelles, instables ou violentes),
 - le travail (épuisement, conflits hiérarchiques, isolement),
 - la santé (errance médicale, diagnostics multiples sans solution).
-

Prise en charge spécifique

La prise en charge du TSPT complexe nécessite :

- une **relation thérapeutique sécurisée et stable**, parfois longue à construire,
- un travail sur la **régulation émotionnelle** avant tout accès aux souvenirs traumatiques,
- des outils intégratifs : **hypnose, IFS, EMDR, DTMA-H, thérapie sensorimotrice, pleine conscience**,
- une approche **neuropsychologique et corporelle** pour apaiser les circuits de l'amygdale,
- une attention particulière aux **traumas développementaux précoces**.

Il ne s'agit pas de "traiter un souvenir", mais de **réparer un système intérieur**, restaurer une sécurité fondamentale et **réconcilier les parts blessées** de soi.

Le TSPT complexe représente une forme profonde, envahissante et souvent invisible du traumatisme psychique. Il exige **patience, douceur, stratégies intégrées et présence thérapeutique constante**. Il est aussi, pour ceux qui l'ont vécu, une **porte d'entrée vers une reconstruction identitaire**, une reconnexion à soi, et parfois, une renaissance.

"Il ne guérit pas par l'oubli, mais par l'intégration."

Chapitre 8

Le Trouble Dissociatif de l'Identité (TDI) : quand le Moi se fragmente pour survivre

Le Trouble Dissociatif de l'Identité (TDI), autrefois désigné sous le nom de « trouble de la personnalité multiple », est l'une des expressions les plus extrêmes de la dissociation traumatique. Il illustre avec force combien l'esprit humain peut se fragmenter pour survivre à des expériences psychiques insoutenables, le plus souvent vécues dans la petite enfance. Ce trouble, à la fois fascinant et profondément douloureux, révèle la puissance des mécanismes adaptatifs que développe un enfant pour se protéger lorsqu'aucune issue externe n'est possible.

Le TDI est classé dans les troubles dissociatifs par les classifications internationales (DSM-5 et CIM-11). Il se caractérise par la présence de deux ou plusieurs identités distinctes (appelées parfois "parts", "états du moi", ou "personnalités"), qui prennent tour à tour le contrôle du comportement de la personne. Ces identités peuvent avoir des noms, des âges, des souvenirs, des traits de personnalité, des façons de penser et de ressentir qui leur sont propres. Ce n'est pas un simple jeu d'imagination ou une posture symbolique : il s'agit d'un véritable morcellement de la conscience, qui se manifeste de manière involontaire et souvent invalidante.

La dissociation, au cœur du TDI, est un mécanisme de défense naturel. Il survient lorsque la réalité psychique devient trop insupportable pour être intégrée dans la conscience ordinaire. Dans les cas extrêmes, notamment lorsqu'un enfant est exposé de manière répétée à des traumatismes graves – violences sexuelles, physiques, psychologiques ou négligence extrême –, ce mécanisme se répète et se structure. Ne pouvant ni fuir, ni combattre, l'enfant apprend à "s'absenter" mentalement. La mémoire, les émotions, les sensations, voire l'identité elle-même, se compartimentent. Progressivement, cette dissociation devient structurelle, et les différentes parts développent des fonctions spécifiques : certaines protègent, d'autres fuient, d'autres encore portent la douleur ou la honte.

Ces identités dissociées ne sont pas des "personnalités indépendantes", comme le cinéma aime parfois le représenter de façon caricaturale. Elles sont les fragments d'un Moi éclaté, chacune figée dans un rôle, une émotion, un moment du passé. Certaines peuvent s'ignorer mutuellement, ou au contraire se critiquer, se méfier ou se mépriser. D'autres n'ont accès qu'à une partie de la mémoire du sujet, d'où les fréquentes amnésies, trous noirs ou changements de comportement inexplicables rapportés par les consultants. Il n'est pas rare qu'une personne atteinte de TDI découvre son trouble seulement après des années, lorsque le fonctionnement dissociatif devient trop désorganisé pour être compensé.

Ce trouble est encore sous-diagnostiqué, souvent confondu avec des troubles de l'humeur, des troubles psychotiques ou le trouble borderline. Pourtant, il ne s'agit pas d'une pathologie rare, mais plutôt d'un trouble fréquemment ignoré. Les études récentes

suggèrent que le TDI toucherait environ 1 à 3 % de la population générale, un chiffre qui grimpe chez les personnes hospitalisées en psychiatrie. Il est essentiel de noter que le TDI n'est pas le fruit d'une fabulation ou d'une manipulation. Il est bien ancré dans les neurosciences et les données cliniques : l'imagerie cérébrale montre des différences notables d'activation selon les identités, et la mémoire traumatique montre des patterns spécifiques dans ces états dissociés.

Dans l'approche de **Résilience Therapy**, le TDI est envisagé comme une tentative ultime de survie face à l'impensable. Il ne s'agit pas de "réunifier" les identités par la force, mais de les reconnaître, de les écouter, et surtout de leur permettre de sortir de leurs rôles figés. Chaque part dissociée a une fonction protectrice à comprendre : l'agresseur introjecté, la victime figée dans le temps, l'enfant caché, le protecteur dur ou même l'observateur détaché. Ce sont autant de voix intérieures qu'il convient d'honorer et de pacifier.

Les outils thérapeutiques intégrés à la **Résilience Therapy**, comme le modèle IFS (Internal Family Systems), la carte des quotients, l'hypnose, la DTMA-H (Désensibilisation des Traumatismes par Mouvements Alternatifs sous Hypnose), la régression sécurisée, ou encore le travail d'intégration sensorielle, permettent d'approcher ces identités avec douceur et sécurité. L'objectif thérapeutique n'est pas de "faire disparaître" les parts, mais de les aider à se désidentifier de leur fonction traumatique et à se réintégrer dans un Moi central restauré, capable de contenir toutes les dimensions de l'expérience humaine.

Le processus de guérison est souvent long, délicat, et jalonné de résistances. Mais il est possible. Lorsque les parts comprennent qu'elles ne sont plus seules, qu'elles ne sont plus en danger, qu'une relation de confiance s'installe avec le thérapeute et le Moi central du consultant, alors un mouvement d'unification devient possible. Non pas une fusion forcée, mais une cohabitation harmonieuse des mémoires, des émotions et des vécus.

Le TDI, loin d'être une étrangeté marginale, est une manifestation poignante de la résilience humaine. Il montre comment l'enfant, confronté à l'insoutenable, a su créer des refuges psychiques pour préserver l'essentiel : son existence. **Résilience Therapy** offre un cadre d'accompagnement à ces âmes fracturées, pour leur permettre, pas à pas, de se retrouver et de faire la paix avec elles-mêmes.

Chapitre 9

Dépression et psycho-traumatismes non résolus : une liaison complexe et profonde

La dépression est souvent perçue comme un trouble de l'humeur isolé, associé à des déséquilibres chimiques cérébraux ou à des facteurs psychosociaux. Toutefois, de nombreuses recherches cliniques et neurobiologiques récentes soulignent une réalité plus complexe : **dans une proportion significative de cas, la dépression trouve ses racines dans des psycho-traumatismes non résolus.** La souffrance psychique intense née d'événements traumatiques non traités peut évoluer silencieusement vers un syndrome dépressif, créant ainsi une liaison intime mais souvent négligée entre trauma et dépression.

Le psycho-traumatisme : blessure invisible et persistance de la douleur

Un psycho-traumatisme survient lorsqu'un événement (accident, agression, maltraitance, deuil brutal, catastrophe naturelle, etc.) déborde les capacités d'adaptation émotionnelle d'une personne. La mémoire traumatique reste alors bloquée dans le cerveau émotionnel (notamment l'amygdale et l'hippocampe), hors du traitement logique et narratif du cortex préfrontal. Cela entraîne :

- Des réminiscences involontaires (flashbacks, cauchemars),
- Une hypervigilance,
- Un évitement émotionnel,
- Une altération de la perception de soi et du monde.

Ces mécanismes de survie, nécessaires à court terme, deviennent à long terme des **facteurs d'épuisement psychique**, minant progressivement l'estime de soi, la confiance en l'avenir et le plaisir de vivre — trois piliers gravement atteints dans la dépression.

Le chemin du trauma vers la dépression

Quand un traumatisme reste non résolu, le système nerveux reste en état d'alerte chronique ou, à l'inverse, s'effondre dans un état de dissociation et de retrait émotionnel. Ce déséquilibre neurobiologique expose l'individu à plusieurs risques :

- **Épuisement émotionnel** : L'énergie mobilisée pour contenir les souvenirs intrusifs et éviter les déclencheurs use les ressources mentales.
- **Sentiment d'impuissance** : Le trauma génère souvent un vécu d'impuissance totale ("je ne peux rien changer"), cœur même du processus dépressif.
- **Culpabilité et honte** : Ces émotions post-traumatiques alimentent des croyances négatives sur soi ("je suis mauvais", "je ne mérite pas d'être heureux"), nourrissant l'auto-dévalorisation typique de la dépression.
- **Rupture du lien social** : Le repli, l'isolement, le sentiment d'incompréhension aggravent le désespoir.
- **Anesthésie émotionnelle** : Mécanisme de protection au départ, cette anesthésie devient pathologique et s'apparente aux symptômes de l'anhédonie (incapacité à ressentir du plaisir) de la dépression.

Ainsi, **le trauma agit comme un "terrain fertile" pour la dépression**, en créant un climat émotionnel et neurobiologique propice à son installation.

Dépression primaire et dépression secondaire au trauma : comment les distinguer ?

Il est important de distinguer :

- Une **dépression primaire**, apparaissant sans antécédent traumatique identifiable, souvent liée à une vulnérabilité biologique ou génétique,
- D'une **dépression secondaire à un trauma**, où la symptomatologie dépressive est la conséquence d'une blessure psychique non résolue.

Quelques indices cliniques peuvent guider le praticien :

- Présence de cauchemars récurrents, flashbacks ou réactions émotionnelles disproportionnées.
- Hyperréactivité émotionnelle ou dissociation.
- Récits de vie marqués par des expériences précoces de négligence, d'abus, d'abandon, d'accident.
- Peur intense et irraisonnée vis-à-vis de certaines situations pourtant bénignes.

Ces symptômes s'expliquent par une hypoactivation du système de récompense dopaminergique, fréquemment observée dans les dépressions post-traumatiques (Drevets et al., 2008).

Une exploration soignée de l'histoire de vie et de l'expérience émotionnelle est donc essentielle pour éviter une erreur de diagnostic. **Traiter une dépression post-traumatique comme une dépression classique expose à des échecs thérapeutiques répétés.**

Approche thérapeutique : le trauma comme clé de la guérison

Lorsque la dépression est enracinée dans un trauma non résolu, l'objectif thérapeutique ne peut pas se limiter à la simple gestion des symptômes dépressifs. Il faut aller plus loin, vers une désensibilisation du souvenir traumatique et une réintégration émotionnelle.

Les thérapies les plus adaptées dans ce contexte sont :

- **Les thérapies d'exposition prolongée** ou la **Désensibilisation et Retraitement par les Mouvements Oculaires (EMDR)**.
- **La DTMA-H** (Désensibilisation des Traumatismes par Mouvements Alternatifs sous Hypnose) ou l'hypnose orientée trauma.
- **Les approches psychocorporelles** (somatic experiencing, sensorimotor psychotherapy) pour libérer le corps du trauma.
- **Le modèle IFS (Internal Family Systems)** pour travailler avec les "parts" blessées par le trauma.

Le traitement du trauma permet de désactiver l'hyperactivité amygdalienne, de restaurer la capacité à ressentir du plaisir, de faire confiance au monde extérieur, et de retrouver un sens à la vie — autant d'éléments indispensables pour sortir d'une dépression profonde.

La dépression et le trauma sont intimement liés dans de nombreux cas, et leur relation est souvent sous-estimée.

Un trauma non résolu n'est pas seulement une blessure psychique isolée : il s'infiltré dans l'ensemble du vécu émotionnel, fragilise l'architecture même de l'identité, et pave la voie à des syndromes dépressifs sévères.

Reconnaître et traiter la dimension traumatique cachée derrière la dépression est souvent la clé d'une véritable guérison.

Cela nécessite une approche thérapeutique spécialisée, respectueuse du rythme et de la complexité de l'histoire individuelle, pour permettre au consultant de sortir non seulement de la dépression, mais aussi de la prison émotionnelle dans laquelle le trauma l'a enfermé.

Chapitre 10

Quand les substances brouillent la clinique :

les pièges du diagnostic en contexte de consommation

L'une des difficultés majeures rencontrées par les cliniciens en santé mentale est de poser un diagnostic fiable lorsqu'une personne consulte sous l'influence de substances psychoactives. Alcool, cannabis, cocaïne, MDMA, mais aussi certains médicaments psychotropes comme les **antidépresseurs** ou les **anxiolytiques**, ont des effets puissants sur le système nerveux central. Ces effets peuvent **mimer, masquer ou amplifier** des symptômes psychiques et créer un véritable brouillard clinique, rendant difficile la distinction entre ce qui relève d'une pathologie psychiatrique, d'un trouble post-traumatique, d'un trouble dissociatif ou simplement des effets aigus ou résiduels de ces substances.

Cette confusion diagnostique est d'autant plus critique lorsqu'on cherche à évaluer un éventuel **trouble de stress post-traumatique (TSPT)**, un **trouble dissociatif de l'identité (TDI)**, ou encore un **trouble de l'humeur, anxieux ou psychotique**. Le praticien se retrouve face à un tableau symptomatique instable, fluctuant, souvent déformé par l'effet direct des produits ou par les effets rebonds liés au sevrage ou à la modification du traitement médicamenteux. Il devient alors extrêmement complexe de discerner la structure psychique du consultant, son rapport au réel, son organisation défensive ou ses blessures profondes.

La première difficulté réside dans la **ressemblance symptomatique** entre les effets de certaines substances et ceux de pathologies psychiatriques.

- Le **cannabis** peut induire anxiété, dépersonnalisation, troubles de la mémoire, paranoïa aiguë — autant de symptômes pouvant être confondus avec une dissociation ou une psychose.
- La **cocaïne** provoque agitation, exaltation, méfiance, irritabilité — des manifestations proches d'un épisode maniaque ou d'une hyperactivation traumatique.
- La **MDMA**, bien que perçue comme favorisant la connexion émotionnelle, peut générer confusion, désorientation, flashbacks, et réactiver des souvenirs traumatiques anciens.
- Les **antidépresseurs**, notamment les ISRS ou IRSNa, peuvent dans certains cas provoquer agitation, insomnie, désinhibition, voire activation anxieuse ou hypomaniaque, en particulier chez des sujets à terrain dissociatif ou bipolaire latent.
- Les **anxiolytiques** (benzodiazépines) ont un effet sédatif et anxiolitique puissant, mais peuvent aussi entraîner désinhibition, confusion, troubles mnésiques ou déconnexion émotionnelle — autant d'effets qui **peuvent masquer des symptômes dissociatifs ou des angoisses post-traumatiques**.

Une deuxième difficulté tient à la **temporalité clinique**. L'état psychique d'un consultant sous influence, qu'il s'agisse de drogues illicites ou de traitements médicamenteux récents ou mal dosés, est temporairement modifié. Il peut sembler désorganisé, dissocié, exalté ou abattu, mais ces états peuvent disparaître après quelques heures, ou quelques jours. Il est donc périlleux de conclure à une pathologie durable sur la base d'un tableau clinique instable. Inversement, certains symptômes résiduels — anxiété chronique, troubles de l'attention, flashbacks, irritabilité, troubles du sommeil — peuvent être interprétés comme des effets secondaires de traitement, alors qu'ils sont en réalité les signes persistants d'un **traumatisme ancien non traité ou d'un trouble dissociatif méconnu**.

Une troisième complexité concerne la **fiabilité du discours du consultant**, souvent altérée par les substances. Certains minimisent ou dissimulent leur consommation, d'autres surestiment leurs symptômes, ou encore racontent leur vécu de manière morcelée, incohérente, voire délirante. Chez un consultant potentiellement traumatisé ou dissociatif, cela peut amplifier la confusion et alimenter des hypothèses erronées. Cela s'applique également aux consultants déjà sous antidépresseurs ou anxiolytiques, dont les récits peuvent être modifiés par les effets pharmacologiques, positifs comme négatifs. Le praticien doit donc faire preuve de prudence, d'humilité et de patience. Il est essentiel d'observer le consultant **dans une période de sevrage ou de stabilisation thérapeutique**, afin d'obtenir une lecture plus juste de son fonctionnement psychique de base.

Dans le cadre de *Résilience Therapy*, cette problématique est d'autant plus cruciale que le travail repose sur **l'identification des parts dissociées, la cartographie des traumas et l'accès aux dimensions profondes de l'identité**. Or, sous l'influence de substances, licites ou non, ces parts peuvent s'exprimer de manière erratique, les souvenirs se brouillent, les frontières entre les états du moi deviennent floues, et le thérapeute risque de projeter sur le consultant une organisation psychique qui n'est pas la sienne.

C'est pourquoi un principe fondamental s'impose : **aucun diagnostic structurel ne doit être posé en phase de consommation active ni sous l'effet d'un traitement médicamenteux récemment initié ou mal ajusté**. L'évaluation diagnostique doit être différée à un moment où le sujet est psychiquement disponible, conscient de lui-même, et capable d'une forme minimale de stabilité intérieure. Cela nécessite souvent un accompagnement préliminaire centré sur la réduction des risques, la régulation pharmacologique ou le sevrage, avant même d'envisager un travail thérapeutique en profondeur.

Il faut donc rappeler un principe essentiel de la clinique des traumas : **la clarté diagnostique nécessite un espace de conscience dégagé des interférences chimiques**. Il en va de la justesse du diagnostic, mais surtout du respect de la personne, de son histoire, et du rythme auquel elle peut, ou non, commencer à se reconstruire.

Chapitre 11

Choisir la bonne voie :

Thérapies brèves pour guérir le TSPT

Le Trouble de Stress Post-Traumatique (TSPT) est un effondrement du système psychique face à un événement ou une série d'événements dépassant la capacité d'intégration du cerveau. Les racines du trauma se logent dans les strates profondes du système nerveux et du psychisme : mémoire implicite, amygdale hyperactive, mécanismes de survie figés.

Face à cette complexité, toutes les approches thérapeutiques ne se valent pas. Il ne suffit pas de "parler" du trauma pour le résoudre ou de « masquer » un symptôme. Il faut s'adresser à la mémoire traumatique, au corps, à l'émotion, à l'inconscient — parfois à tous en même temps.

Voici les principales **thérapies brèves utilisées dans le traitement du TSPT**, avec leurs **forces, limites et indications spécifiques**. Rappelons si besoin que chaque personne est unique, que chaque cas est différent, et que c'est essentiellement le lien entre le consultant et son thérapeute qui fera toute la différence.

◆ **Thérapie Cognitivo-Comportementale (TCC)**

Bénéfices :

- Approche structurée, validée scientifiquement.
- Efficace pour les traumatismes simples, récents.
- Basée sur l'exposition graduée et la restructuration cognitive.

Limites :

- Moins adaptée aux traumatismes complexes ou précoces.
- Peu de prise en compte du corps ou de la dissociation.
- Risque de réactivation si les fondations émotionnelles ne sont pas stabilisées.

Indications :

- TSPT léger à modéré, sans dissociation.
 - Travail de reprise du contrôle cognitif sur les symptômes.
-

◆ **EMDR (Désensibilisation et Retraitement par les Mouvements Oculaires)**

Bénéfices :

- Recommandée par l'OMS pour le TSPT simple.
- Accès rapide à la mémoire traumatique.
- Permet souvent une réduction rapide des symptômes.

Limites :

- Peut être trop intense pour les personnes dissociatives ou très fragilisées.
- Requiert une phase de préparation importante pour les TSPT complexes.

Indications :

- TSPT simple ou modéré.
- À éviter sans stabilisation préalable en cas de dissociation.

◆ Hypnose thérapeutique

Bénéfices :

- Accès à l'inconscient sans retraumatisation.
- Très utile pour les troubles dissociatifs, les somatisations et les traumas d'enfance.
- Peut désensibiliser un trauma sans le revivre verbalement.

Limites :

- Nécessite un praticien expérimenté.
- Risque de confusion ou de dissociation si mal conduite.

Indications :

- TSPT complexe, somatisation, troubles anxieux liés au trauma.
 - Soutien profond dans le processus de reconstruction identitaire.
-

◆ EFT (Emotional Freedom Technique)

Bénéfices :

- Technique d'auto-apaisement très efficace.
- Accès doux à l'émotion bloquée, désactivation de la charge traumatique.
- Facile à enseigner, utilisable entre les séances.

Limites :

- Ne remplace pas un traitement du trauma profond.
- Peu adaptée seule pour les TSPT sévères ou complexes.

Indications :

- TSPT léger, soutien en complément d'une autre thérapie.

◆ PBA (Psycho-Bio-Acupressure)

Bénéfices :

- Libération émotionnelle sans verbalisation du trauma.
- Accès doux au corps et aux circuits énergétiques perturbés.
- Favorise le recentrage, la détente et l'alignement émotionnel.

Limites :

- Ne traite pas directement les souvenirs traumatiques.
- Utilisée comme soutien, pas comme traitement principal du TSPT.

Indications :

- Anxiété post-traumatique, TSPT léger ou en phase de stabilisation.
-

◆ Sophrologie

Bénéfices :

- Réduction de l'hypervigilance.
- Ancrage corporel, amélioration du sommeil.
- Renforcement de la présence à soi.

Limites :

- Ne travaille pas la mémoire traumatique.
- Utile uniquement en phase d'accompagnement.

Indications :

- Soutien post-trauma, prévention de rechute, rééducation émotionnelle.

◆ DTMA (Désensibilisation par les Mouvements Alternatifs)

Bénéfices :

- Méthode intégrative inspirée de l'EMDR, plus douce.
- Efficace sur TSPT avec hypersensibilité ou anxiété.
- Réduction significative de la charge émotionnelle sans surcharge cognitive.

Limites :

- Moins connue, peu d'études scientifiques à grande échelle.
- Formation spécifique nécessaire.

Indications :

- TSPT modéré à complexe.
-

◆ DTMA-H (DTMA sous Hypnose)

Bénéfices :

- Combine les avantages de l'hypnose et des stimulations bilatérales.
- Agit profondément sur l'amygdale et le système limbique.
- Très bien tolérée par les profils dissociatifs ou traumatisés précocement.
- Travail de "reconnexion intérieure" et d'unification identitaire.

Limites :

- Exige une maîtrise thérapeutique avancée.
- Moins adaptée aux profils très contrôlants sans travail préalable de lâcher-prise.

Indications :

- TSPT complexe, dissociation, traumatismes développementaux, stress traumatique chronique.

◆ PNL (Programmation Neuro-Linguistique)

Bénéfices :

- Recadrage rapide des perceptions, modélisation de stratégies de résilience.
- Renforcement des ressources internes.

Limites :

- Peu de travail sur la mémoire traumatique.
- Moins adaptée aux cas de dissociation ou de trauma précoce.

Indications :

- TSPT léger, troubles anxieux liés à un événement précis.
-

◆ ICV (Intégration du Cycle de la Vie)

Bénéfices :

- Spécialement conçue pour le trauma développemental.
- Réencodage progressif et sécurisant des souvenirs douloureux.
- Permet une reconstruction de la continuité du soi.

Limites :

- Processus souvent plus long que les autres thérapies brèves.
- Nécessite une formation spécialisée.

Indications :

- TSPT complexe, dissociation, traumatismes de l'enfance.

Tableau comparatif simplifié

Thérapie	TSPT Simple	TSPT Complexe	Dissociation	Mémoires Traumatiques	Corps / Ancre
TCC	✓	⚠	✗	✓	✗
EMDR	✓ ✓	⚠	⚠	✓	⚠
Hypnose	✓	✓	✓	✓	✓
EFT	✓	⚠	✗	⚠	✓
PBA	✓	⚠	✓	✗	✓
Sophrologie	⚠	✗	✗	✗	✓
DTMA	✓ ✓	✓	✓	✓ ✓	✓
DTMA-H	✓ ✓	✓ ✓	✓ ✓	✓ ✓	✓ ✓
PNL	⚠	✗	✗	⚠	✗
ICV	✓ ✓	✓	✓	✓ ✓	⚠

Une approche intégrative avec *Résilience Therapy*

Le traitement du TSPT ne peut être uniforme. Chaque personne présente une histoire singulière, un niveau de résilience différent, des mécanismes de défense parfois inconscients et une structure psychique propre. Une approche rigide échoue là où la souplesse et l'adaptation sont nécessaires.

C'est dans ce contexte que s'inscrit *Résilience Therapy*, une approche intégrative, centrée sur **la carte des quotients, les parts de personnalité (modèle IFS)** et des outils de désensibilisation avancés comme la **DTMA-H**. Cette méthode permet d'ajuster finement le protocole thérapeutique au profil de la personne :

- Stabilisation du système nerveux,
- Désactivation des charges traumatiques,
- Travail identitaire sur les parts blessées,
- Réancrage corporel et émotionnel.

La **DTMA-H** permet de franchir une étape majeure : accéder au cœur du trauma sans le réactiver, tout en restructurant le moi dans sa continuité et sa puissance retrouvée. Une voie nouvelle, plus respectueuse, plus profonde, plus résiliente.

Chapitre 12

La carte des quotients :

Une vision multidimensionnelle de l'être humain

Depuis plusieurs décennies, la psychologie tend à s'éloigner d'une vision strictement pathologique pour s'ouvrir à une compréhension plus globale, dynamique et nuancée de la personne humaine. C'est dans cette perspective que s'inscrit la carte des quotients, un outil inédit de lecture psychologique, émotionnelle et comportementale. Elle permet de dresser un profil unique et multidimensionnel de chaque individu.

À l'instar des cartes géographiques qui orientent les voyageurs, la carte des quotients oriente la compréhension de soi, en offrant un panorama des forces et des fragilités personnelles dans différents domaines de la vie.

La « Carte des Quotients » est un outil thérapeutique innovant développé par **Résilience Therapy** pour offrir une vision complète et nuancée de la personnalité. Traditionnellement, l'évaluation se limite souvent au Quotient Intellectuel (QI) ou au Quotient Émotionnel (QE), mais ces deux indicateurs ne suffisent pas à appréhender toute la complexité humaine. En intégrant dix quotients distincts – allant de l'intelligence cognitive et émotionnelle à l'adaptabilité, la résilience, l'éthique ou encore l'intuition – cet outil permet de mieux comprendre chaque individu dans toutes ses dimensions. Il favorise ainsi un accompagnement personnalisé, respectueux de l'unicité et de la singularité de chacun.

Les dix intelligences qui composent notre personnalité

Inspirée des travaux sur les intelligences multiples (Howard Gardner), enrichie des apports des neurosciences et des modèles d'intelligence émotionnelle, la carte des quotients identifie dix formes d'intelligences ou "quotients" :

Voici une description détaillée des **10 quotients** permettant d'évaluer différentes facettes de la personnalité :

1. Quotient Intellectuel (QI)

Définition : Le quotient intellectuel mesure les capacités cognitives d'une personne, notamment la mémoire, la logique, la résolution de problèmes et la rapidité d'apprentissage. Il est souvent évalué par des tests standardisés comme ceux de Wechsler ou Stanford-Binet.

Composantes :

- Raisonnement logique et abstrait
- Capacité d'analyse et de synthèse
- Mémoire et concentration
- Rapidité de traitement de l'information

Importance : Un QI élevé est souvent associé à des performances académiques et professionnelles élevées, mais il ne garantit pas l'épanouissement personnel sans d'autres formes d'intelligence.

2. Quotient Émotionnel (QE)

Définition : Ce quotient représente la capacité à identifier, comprendre, gérer et exprimer ses propres émotions ainsi que celles des autres.

Composantes :

- Conscience de soi émotionnelle
- Régulation des émotions
- Empathie et compréhension des autres
- Gestion des relations interpersonnelles

Importance : Un QE élevé favorise des relations harmonieuses, la gestion du stress et une meilleure prise de décision dans des situations émotionnellement complexes.

3. Quotient d'Adversité (QA)

Définition : Il mesure la capacité d'une personne à faire face aux échecs, aux défis et aux situations difficiles sans se décourager.

Composantes :

- Résilience psychologique
- Tolérance à la frustration
- Capacité à apprendre de l'échec
- Endurance face aux obstacles

Importance : Un QA élevé permet de surmonter les périodes difficiles, de rebondir après un échec et de persévérer dans la poursuite d'objectifs ambitieux.

4. Quotient Social (QS)

Définition : Il évalue la capacité à interagir efficacement avec les autres, à comprendre les dynamiques sociales et à s'adapter aux groupes et aux environnements variés.

Composantes :

- Compétences en communication
- Lecture des émotions et des intentions des autres
- Gestion des conflits
- Adaptabilité aux normes et aux cultures sociales

Importance : Un QS élevé est essentiel pour établir et maintenir des relations positives dans la sphère professionnelle, familiale et amicale.

5. Quotient Créatif (QC)

Définition : Il mesure l'aptitude à penser de manière originale, à innover et à trouver des solutions nouvelles aux problèmes.

Composantes :

- Pensée divergente et latérale
- Imagination et innovation
- Flexibilité cognitive
- Capacité à voir des connexions entre des idées différentes

Importance : Un QC élevé permet de développer de nouvelles idées, d'inventer et d'améliorer des processus, favorisant ainsi l'innovation dans tous les domaines.

6. Quotient Spirituel (QSp)

Définition : Ce quotient reflète la capacité d'un individu à donner du sens à sa vie, à se connecter à ses valeurs profondes et à rechercher une compréhension plus vaste de l'existence.

Composantes :

- Sens du but et des valeurs personnelles
- Connexion à quelque chose de plus grand (philosophie, spiritualité, transcendance)
- Capacité de réflexion existentielle
- Sérénité face à l'inconnu et à la mort

Importance : Un QSp élevé contribue à un bien-être durable, à une meilleure gestion des crises existentielles et à une plus grande cohérence entre ses choix et ses valeurs.

7. Quotient Adaptatif (QAd)

Définition : Il mesure la capacité à s'ajuster rapidement aux nouvelles situations, à apprendre de l'expérience et à s'adapter aux environnements changeants.

Composantes :

- Flexibilité cognitive
- Capacité d'apprentissage rapide
- Réaction aux imprévus
- Ouverture au changement

Importance : Un QAd élevé permet de prospérer dans des environnements dynamiques et incertains, que ce soit dans la vie personnelle ou professionnelle.

8. Quotient Éthique (QÉ)

Définition : Ce quotient représente l'aptitude à prendre des décisions alignées avec des principes moraux et à agir avec intégrité.

Composantes :

- Sens de la justice et des responsabilités
- Capacité à distinguer le bien du mal
- Prise en compte des conséquences de ses actes
- Cohérence entre valeurs et comportements

Importance : Un QÉ élevé favorise la confiance des autres, la prise de décisions éthiques et une vie en accord avec des principes moraux solides.

9. Quotient Physique (QP)

Définition : Il reflète l'intelligence corporelle, la conscience du corps et la capacité à gérer son énergie physique et mentale.

Composantes :

- Coordination et agilité
- Endurance et force physique
- Gestion du stress physique et mental
- Connaissance et respect des besoins du corps (sommeil, alimentation, exercice)

Importance : Un QP élevé permet de maintenir une bonne santé physique, une meilleure gestion du stress et une performance optimale dans les activités physiques et intellectuelles.

10. Quotient Intuitif (Qlu)

Définition : Ce quotient mesure la capacité d'une personne à percevoir des informations subtiles, à faire confiance à son instinct et à prendre des décisions basées sur des ressentis profonds.

Composantes :

- Sensibilité aux signaux faibles
- Prise de décision instinctive
- Perception des tendances futures
- Confiance en ses intuitions

Importance : Un Qlu élevé aide à anticiper les changements, à prendre des décisions rapides et justes, et à développer une connexion plus profonde avec soi-même et les autres.

Ces **10 quotients** offrent une vision globale de la personnalité, intégrant non seulement l'intelligence rationnelle, mais aussi les émotions, l'adaptabilité, l'éthique, la créativité et d'autres dimensions essentielles au bien-être et à la réussite personnelle.

Chaque quotient représente une facette essentielle de l'être humain, et chacun peut être plus ou moins développé selon l'histoire, les expériences, l'éducation ou les blessures de vie.

Une auto-évaluation au service de la connaissance de soi

La carte des quotients est accompagnée d'un questionnaire d'auto-évaluation permettant à chaque personne de situer ses niveaux de développement sur chacun des dix axes. Il ne s'agit ni d'un diagnostic médical, ni d'un test de QI traditionnel, mais d'un outil de réflexion personnelle, qui invite à mieux comprendre son fonctionnement intérieur.

L'originalité de cet outil tient dans son approche intégrative : plutôt que de focaliser sur un seul type d'intelligence (par exemple, cognitive ou émotionnelle), il propose une lecture systémique et équilibrée de l'ensemble des composantes qui forment une personne.

Un outil thérapeutique puissant

Dans le cadre d'un travail thérapeutique, la carte des quotients devient un outil de dialogue, de repérage et de guidance.

Elle permet :

- d'identifier des **forces personnelles mobilisables**
- de repérer des **zones de fragilité à soutenir**
- de construire des **stratégies thérapeutiques sur mesure**

Par exemple :

- une personne avec un QE développé mais un QA faible pourra être accompagnée à renforcer sa **résilience émotionnelle**

- une autre avec un QI élevé mais un QS bas aura intérêt à travailler sa **communication et ses relations interpersonnelles**
- un QSp élevé associé à un QAd faible pourra révéler une **quête de sens vulnérable face aux réalités changeantes de la vie**

Une carte évolutive, non figée

Il est essentiel de rappeler que cette carte n'est pas une étiquette : elle évolue avec le temps, le vécu, les choix, et surtout avec le travail thérapeutique engagé. Chaque quotient peut être développé, soutenu, renforcé, parfois même "réactivé" lorsqu'il a été mis en veille par un traumatisme.

Le but n'est pas d'atteindre un équilibre parfait sur tous les plans, mais d'identifier les zones d'harmonie comme les zones de tension, afin de tendre vers une cohérence personnelle.

Une passerelle avec le modèle IFS

La richesse de la carte des quotients prend toute son ampleur lorsqu'elle est articulée avec le modèle Internal Family Systems (IFS). En effet, chaque "part" intérieure d'un individu peut être plus ou moins connectée à certains quotients.

Une boussole pour la résilience

En thérapie, connaître son profil de quotients revient à se doter d'une carte intérieure pour explorer son monde intérieur, mieux comprendre ses comportements, ses réactions, ses ressources et ses besoins.

Résilience Therapy utilise cette carte comme support de bilan initial, de suivi et d'évaluation des progrès thérapeutiques, toujours dans une perspective personnalisée et bienveillante. Elle aide à répondre à des questions essentielles :

- Comment vais-je ? Où en suis-je dans ma vie ?
- Quelles ressources m'habitent déjà ?
- Quelles dimensions de moi-même ont besoin d'attention, de réparation ou d'expression ?

Cette approche encourage une vision de soi plus riche, plus fine, plus humaine. Elle fait de la thérapie un voyage intérieur conscient, soutenu par une boussole claire et respectueuse de la complexité de chaque être.

Chapitre 13

La carte des Quotients :

à la découverte de vous-même

Pour apprendre à mieux vous connaître, nous vous proposons un QCM d'auto-évaluation qui vous permettra d'explorer vos différents quotients personnels et de dresser une cartographie complète de votre personnalité.

Il ne s'agit pas d'un examen, mais d'un outil de connaissance de soi. Il n'existe donc ni bonne ni mauvaise réponse. La meilleure réponse est simplement celle qui vous correspond le plus. Soyez sincère avec vous-même : inutile de répondre selon ce que vous « devriez » être, répondez selon ce que vous êtes réellement.

Comment procéder ?

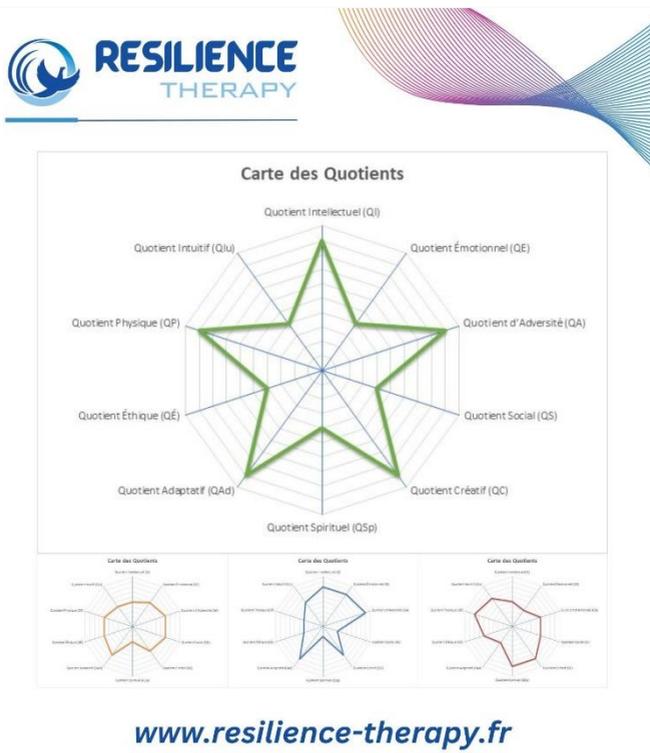
1. Lisez attentivement chaque question.
2. Prenez connaissance des 4 réponses proposées.
3. Réfléchissez une dizaine de secondes.
4. Relisez la question si nécessaire.
5. **Choisissez la réponse qui reflète le mieux votre vécu ou votre ressenti.**

Prenez tout le temps nécessaire pour faire ce test, dans un moment de calme et de disponibilité. Un état d'esprit détendu favorisera des réponses plus justes et authentiques.

Et après ?

À la fin du questionnaire, utilisez le tableau en page 138 pour déterminer votre score dans chacun des quotients évalués. Vous pourrez alors reporter vos résultats sur la carte des quotients (83) pour obtenir un véritable auto-portrait de votre personnalité.

Ce test vous offrira une vision plus claire de vos forces, de vos potentiels et des domaines que vous pourriez développer davantage. Prenez-le comme une rencontre avec vous-même — bienveillante, honnête et enrichissante.



Évaluation du Quotient Émotionnel (QE)

Le **Quotient Émotionnel (QE)** évalue votre capacité à reconnaître, comprendre et gérer vos émotions ainsi que celles des autres. Il reflète votre intelligence relationnelle et votre stabilité émotionnelle au quotidien.

1. Quelle est votre capacité à identifier vos propres émotions en temps réel ?

- a) Très facile, je ressens immédiatement ce que j'éprouve.
- b) Facile, mais parfois je mets un peu de temps à comprendre.
- c) Difficile, il m'arrive de ne pas savoir ce que je ressens.
- d) Très difficile, je me rends compte de mes émotions bien après coup.

2. Comment gérez-vous vos émotions lors d'un conflit ?

- a) Je reste calme et essaie de comprendre mon interlocuteur.
- b) J'exprime mes émotions sans trop de débordements.
- c) J'ai du mal à contenir mes émotions et je m'énerve facilement.
- d) J'évite le conflit et préfère fuir la discussion.

3. Lorsque vous ressentez du stress, quelle est votre réaction ?

- a) J'identifie la cause et je prends du recul pour gérer la situation.
- b) J'essaie de me calmer, mais ce n'est pas toujours efficace.
- c) Je ressens beaucoup d'anxiété et ai du mal à me concentrer.
- d) Je perds complètement mes moyens et me laisse submerger.

4. Comment réagissez-vous face aux émotions des autres ?

- a) J'arrive à comprendre leurs émotions sans difficulté.
- b) J'ai une bonne capacité d'empathie, mais pas toujours.
- c) Parfois, je ne saisis pas bien ce que ressentent les autres.
- d) Je suis souvent indifférent aux émotions des autres.

5. Vous sentez-vous à l'aise pour exprimer vos émotions ?

- a) Oui, je peux en parler librement sans problème.
- b) Oui, mais seulement avec des proches de confiance.
- c) J'ai du mal à mettre des mots sur mes émotions.
- d) Je préfère ne pas parler de mes émotions du tout.

6. Comment réagissez-vous à une critique constructive ?

- a) Je l'accepte bien et l'utilise pour m'améliorer.
- b) J'essaie d'en tirer quelque chose de positif, mais ça me touche quand même.
- c) Je me sens attaqué(e) et j'ai du mal à l'accepter.
- d) Je me braque complètement et me mets en colère.

7. Lorsque vous ressentez une émotion négative, que faites-vous ?

- a) J'essaie de comprendre d'où elle vient et de la gérer.
- b) J'en parle à quelqu'un pour me sentir mieux.
- c) J'ignore l'émotion et la refoule.
- d) Je laisse l'émotion m'envahir sans chercher à la contrôler.

8. À quel point savez-vous gérer vos émotions dans des situations stressantes ?

- a) Très bien, je garde mon calme en toutes circonstances.
- b) Plutôt bien, mais certaines situations me déstabilisent.
- c) J'ai du mal à garder mon sang-froid.
- d) Je perds totalement le contrôle sous pression.

9. Face à une personne triste, que faites-vous ?

- a) J'essaie de la comprendre et de lui apporter du soutien.
- b) J'écoute attentivement sans forcément savoir quoi dire.
- c) Je me sens mal à l'aise et ne sais pas comment réagir.
- d) Je préfère éviter ces situations et changer de sujet.

10. Comment prenez-vous des décisions lorsque vous êtes sous le coup de l'émotion ?

- a) Je prends le temps de réfléchir avant d'agir.
- b) J'essaie de rationaliser la situation, mais ce n'est pas évident.
- c) Je réagis sur le moment et regrette parfois après.
- d) J'agis de manière impulsive sans trop y penser.

11. Pensez-vous que vos émotions influencent vos décisions ?

- a) Non, je garde toujours un raisonnement logique.
- b) Parfois, mais j'essaie de prendre du recul.
- c) Oui, souvent mes émotions prennent le dessus.
- d) Tout le temps, mes décisions sont basées sur mes émotions.

12. Comment gérez-vous une déception ?

- a) Je l'accepte et j'en tire une leçon pour avancer.
- b) J'ai besoin de temps pour digérer, mais je m'en remets.
- c) Je ressens beaucoup de frustration et de colère.
- d) Je me laisse abattre et perds confiance en moi.

13. À quel point savez-vous écouter activement les autres ?

- a) Très bien, je fais attention aux mots et aux émotions exprimées.
- b) Plutôt bien, mais j'ai parfois du mal à rester concentré.
- c) J'écoute, mais sans forcément comprendre toutes les subtilités.
- d) J'ai tendance à ne pas vraiment écouter et à penser à autre chose.

14. Lorsque vous êtes face à une émotion forte, comment réagissez-vous ?

- a) Je prends du recul et l'analyse avant d'agir.
- b) J'essaie de la gérer tant bien que mal.
- c) Je suis submergé(e) et ai du mal à m'en remettre.
- d) Je me laisse totalement emporter par l'émotion.

15. Vous sentez-vous maître de vos émotions au quotidien ?

- a) Oui, je les comprends et les gère très bien.
 - b) Oui, mais parfois certaines situations me dépassent.
 - c) Non, j'ai souvent du mal à contrôler mes émotions.
 - d) Non, mes émotions dictent mon comportement.
-

Évaluation du Quotient d'Adversité (QA)

Le **Quotient d'Adversité (QA)** mesure votre aptitude à faire face aux épreuves, à rebondir après les difficultés et à transformer les obstacles en opportunités de croissance. Il reflète votre résilience et votre force intérieure pour rebondir après un échec.

1. Comment réagissez-vous face à un échec ?

- a) J'analyse ce qui n'a pas fonctionné et je persévère.
- b) J'essaie de me remotiver, mais cela me perturbe.
- c) Je ressens de la frustration et du découragement.
- d) J'abandonne rapidement et j'évite de revivre cette situation.

2. Face à un défi de taille, quelle est votre première pensée ?

- a) C'est une opportunité d'apprendre et de progresser.
- b) C'est difficile, mais avec des efforts, j'y arriverai.
- c) Je doute de mes capacités à y arriver.
- d) Je me sens submergé(e) et préfère éviter le défi.

3. Lorsque vous faites face à une difficulté, comment vous adaptez-vous ?

- a) Je cherche activement des solutions alternatives.
- b) J'essaie différentes approches, même si ce n'est pas facile.
- c) J'ai du mal à trouver des solutions et je stagne.
- d) Je me sens impuissant(e) et préfère abandonner.

4. Comment percevez-vous la frustration dans votre vie quotidienne ?

- a) Comme un élément naturel qui m'aide à me dépasser.
- b) Comme quelque chose de désagréable mais surmontable.
- c) Comme une émotion pesante qui me freine.
- d) Comme une épreuve insupportable qui m'épuise.

5. En cas de coup dur, comment réagissez-vous ?

- a) Je prends du recul et j'évalue la meilleure manière d'avancer.
- b) J'essaie de me recentrer, même si c'est compliqué.
- c) Je ressens une forte détresse et j'ai du mal à rebondir.
- d) Je me laisse complètement abattre.

6. Face à un problème que vous ne comprenez pas immédiatement, que faites-vous ?

- a) Je persévère et j'explore différentes approches.
- b) J'insiste, mais j'ai parfois besoin d'aide.
- c) Je me sens frustré(e) et j'ai envie d'abandonner.
- d) J'arrête rapidement et passe à autre chose.

7. Comment gérez-vous les critiques négatives ?

- a) Je les prends comme une opportunité de m'améliorer.
- b) Elles me touchent, mais je fais l'effort de les analyser.
- c) Je me sens blessé(e) et j'ai du mal à les accepter.
- d) Je les prends très mal et je perds confiance en moi.

8. Lorsque vous échouez dans un projet, comment réagissez-vous ?

- a) J'essaie de comprendre et d'améliorer ma stratégie.
- b) Je prends un moment pour digérer et je retente après.
- c) Je me remets beaucoup en question et hésite à continuer.
- d) Je perds totalement la motivation et j'abandonne.

9. Comment abordez-vous les obstacles dans la vie ?

- a) Comme des défis qui me poussent à grandir.
- b) Comme des situations difficiles mais nécessaires.
- c) Comme des freins qui rendent les choses plus compliquées.
- d) Comme des barrières insurmontables.

10. Quelle est votre tolérance à l'incertitude ?

- a) J'accepte l'incertitude et je sais m'adapter.
- b) Je ressens un léger inconfort, mais je fais avec.
- c) J'ai du mal à gérer l'inconnu et cela me stresse.
- d) Je me sens complètement perdu(e) face à l'incertitude.

11. Comment réagissez-vous quand vous sortez de votre zone de confort ?

- a) J'aime cela, c'est une opportunité de grandir.
- b) J'essaie de m'adapter même si ce n'est pas facile.
- c) J'éprouve du stress et j'ai tendance à hésiter.
- d) Je préfère éviter ces situations.

12. Lorsque vous êtes confronté(e) à une période difficile, comment faites-vous face ?

- a) Je garde confiance en moi et je persévère.
- b) Je prends du temps pour me relever, mais je continue d'avancer.
- c) Je ressens beaucoup de doutes et de peurs.
- d) Je me sens submergé(e) et ne vois pas d'issue.

13. Que pensez-vous de la phrase "ce qui ne me tue pas me rend plus fort" ?

- a) Je suis totalement d'accord, chaque épreuve renforce.
- b) C'est vrai, mais sur le moment c'est parfois difficile à voir.
- c) Je pense que certaines épreuves sont juste destructrices.
- d) Je ne suis pas du tout d'accord, les épreuves affaiblissent.

14. Comment gérez-vous la pression face aux défis ?

- a) Je me concentre et je transforme la pression en motivation.
- b) J'essaie de garder mon calme et d'avancer.
- c) J'ai du mal à rester serein(e) et cela m'affecte.
- d) Je perds mes moyens et je suis paralysé(e) par le stress.

15. Comment considérez-vous l'apprentissage à travers l'échec ?

- a) Comme un levier essentiel pour progresser.
 - b) Comme une opportunité, même si c'est parfois frustrant.
 - c) Comme une expérience difficile et démotivante.
 - d) Comme quelque chose à éviter à tout prix.
-

Évaluation du Quotient Social (QS)

Le **Quotient Social (QS)** évalue votre capacité à interagir avec les autres, à créer des liens et à évoluer harmonieusement en société. Il reflète votre aisance relationnelle, votre écoute et votre sens de la coopération.

1. Comment vous sentez-vous en présence d'inconnus ?

- a) Très à l'aise, j'aime engager la conversation.
- b) À l'aise, mais j'attends souvent que l'autre fasse le premier pas.
- c) Un peu mal à l'aise, j'ai du mal à trouver quoi dire.
- d) Très mal à l'aise, j'évite le contact autant que possible.

2. Comment abordez-vous une conversation avec quelqu'un que vous connaissez peu ?

- a) Je trouve facilement des sujets de discussion.
- b) J'échange avec plaisir, mais j'ai parfois des blancs.
- c) Je parle peu et ne sais pas toujours quoi dire.
- d) Je préfère éviter ces conversations.

3. Lorsque vous êtes dans un groupe, quelle est votre attitude ?

- a) Je prends naturellement ma place et participe activement.
- b) J'échange avec les autres, mais je ne cherche pas à dominer la discussion.
- c) J'écoute plus que je ne parle.
- d) Je reste en retrait et participe rarement.

4. Comment gérez-vous les désaccords en discussion ?

- a) Je reste calme et essaie de comprendre le point de vue de l'autre.
- b) J'exprime mon avis tout en respectant celui des autres.
- c) J'ai du mal à accepter un avis différent du mien.
- d) J'évite les conflits en ne donnant pas mon opinion.

5. Comment vous adaptez-vous à un nouvel environnement social ?

- a) Très bien, j'aime rencontrer de nouvelles personnes.
- b) Plutôt bien, mais j'ai besoin d'un temps d'adaptation.
- c) J'ai du mal à me sentir à l'aise au début.
- d) Je me sens perdu(e) et préfère rester dans mon coin.

6. Lorsque quelqu'un vous parle de ses problèmes, comment réagissez-vous ?

- a) J'écoute avec empathie et j'essaie d'aider.
- b) J'écoute avec attention, mais je ne sais pas toujours quoi dire.
- c) J'écoute distraitement et change rapidement de sujet.
- d) Je ne suis pas très à l'aise avec ce genre de discussions.

7. Avez-vous du mal à dire non aux autres ?

- a) Non, je sais poser mes limites sans problème.
- b) Parfois, je dis oui par politesse, mais je sais dire non si nécessaire.
- c) Souvent, j'ai du mal à refuser de peur de blesser.
- d) Toujours, je me sens obligé(e) d'accepter même si cela me dérange.

8. Comment vous sentez-vous en situation de travail d'équipe ?

- a) Très à l'aise, j'aime collaborer et coordonner les efforts.
- b) Plutôt à l'aise, je participe activement.
- c) Je préfère travailler seul(e) et j'ai du mal avec le travail d'équipe.
- d) Je n'aime pas du tout travailler en groupe.

9. Comment réagissez-vous lorsqu'une personne vous interrompt en pleine discussion ?

- a) Je garde mon calme et continue à exprimer mon point de vue.
- b) J'attends mon tour pour reprendre la parole.
- c) Je me sens frustré(e) et ai du mal à continuer.
- d) Je préfère me taire et ne plus insister.

10. Quelle est votre capacité à comprendre les expressions faciales et le langage corporel des autres ?

- a) Excellente, je perçois facilement les émotions des gens.
- b) Bonne, mais parfois j'ai des doutes.
- c) Moyenne, je comprends certaines émotions mais pas toutes.
- d) Faible, j'ai du mal à interpréter le langage non verbal.

11. Quand vous êtes en désaccord avec un proche, comment réagissez-vous ?

- a) J'en discute calmement pour trouver un compromis.
- b) J'exprime mon désaccord tout en restant ouvert(e) au dialogue.
- c) J'évite la discussion et préfère ne pas en parler.
- d) Je coupe la conversation et m'éloigne de la personne.

12. Comment réagissez-vous à une invitation à un événement social où vous ne connaissez presque personne ?

- a) J'y vais avec enthousiasme, prêt(e) à rencontrer de nouvelles personnes.
- b) J'hésite un peu, mais j'y vais quand même.
- c) Je suis réticent(e) et cherche une excuse pour ne pas y aller.
- d) Je refuse directement car cela me met mal à l'aise.

13. Quelle importance accordez-vous à l'écoute active dans vos relations ?

- a) Très importante, j'essaie toujours de bien écouter et comprendre.
- b) Importante, même si parfois je perds le fil.
- c) Moyenne, j'écoute mais j'ai tendance à penser à autre chose.
- d) Faible, j'attends surtout mon tour pour parler.

14. Comment vous sentez-vous lorsque vous devez prendre la parole en public ?

- a) Très à l'aise, j'aime parler devant un groupe.
- b) Un peu stressé(e) au début, mais je m'adapte rapidement.
- c) Stressé(e), je perds mes moyens facilement.
- d) Terrifié(e), j'évite autant que possible ce genre de situation.

15. Comment gérez-vous les silences dans une conversation ?

- a) Je relance naturellement la discussion.
- b) Je laisse passer un moment avant de relancer.
- c) Je me sens mal à l'aise et cherche désespérément un sujet.
- d) Je ne dis rien et espère que l'autre reprenne la parole.

Évaluation du Quotient Créatif (QC)

Ce questionnaire vous permettra d'évaluer votre Quotient Créatif (QC), c'est-à-dire votre capacité à innover, imaginer et trouver des solutions originales.

1. Comment abordez-vous un problème complexe ?

- a) Je cherche plusieurs solutions innovantes avant de choisir la meilleure.
- b) J'utilise des méthodes connues et y ajoute ma touche personnelle.
- c) Je préfère suivre des solutions déjà éprouvées.
- d) Je me sens bloqué(e) et ai du mal à trouver une solution.

2. Quelle place occupe la créativité dans votre quotidien ?

- a) Elle est essentielle, je l'utilise constamment.
- b) Elle est importante, mais pas toujours mise en avant.
- c) Je l'utilise parfois, mais sans y accorder trop d'importance.
- d) Je me considère peu créatif(ve) et préfère la logique pure.

3. Face à une tâche répétitive, comment réagissez-vous ?

- a) J'essaie d'inventer une façon plus originale ou efficace de la faire.
- b) Je varie les méthodes pour rendre la tâche plus agréable.
- c) Je l'accomplis sans chercher à changer quoi que ce soit.
- d) Je la trouve ennuyeuse et j'ai du mal à la terminer.

4. Comment trouvez-vous vos idées créatives ?

- a) Elles viennent naturellement, j'en ai souvent trop !
- b) J'ai des idées régulièrement, surtout en observant mon environnement.
- c) J'ai parfois des idées, mais elles sont rares.
- d) J'ai du mal à avoir des idées originales.

5. Comment réagissez-vous aux contraintes dans un projet ?

- a) Elles stimulent ma créativité et m'aident à trouver des solutions innovantes.
- b) Elles sont parfois frustrantes, mais je m'y adapte bien.
- c) Je les trouve gênantes et préfère un cadre plus libre.
- d) Elles me bloquent totalement et freinent ma motivation.

6. Dans votre travail ou vos loisirs, aimez-vous expérimenter de nouvelles approches ?

- a) Oui, j'adore essayer de nouvelles choses et sortir des sentiers battus.
- b) Oui, mais seulement si je suis sûr(e) que cela apporte un avantage.
- c) J'essaie rarement, je préfère ce que je connais.
- d) Non, je préfère m'en tenir aux méthodes classiques.

7. Comment vous inspirez-vous pour créer quelque chose ?

- a) Je puise mon inspiration partout : nature, art, discussions, rêves...
- b) Je cherche activement l'inspiration dans des références précises.
- c) J'ai parfois des idées, mais j'ai du mal à les organiser.
- d) Je ne sais pas vraiment où chercher l'inspiration.

8. Comment réagissez-vous aux critiques sur vos idées créatives ?

- a) Je les prends comme une opportunité d'amélioration.
- b) Elles me font réfléchir, mais je garde confiance en mes idées.
- c) Elles me font douter et j'hésite à poursuivre mes idées.
- d) Je les prends mal et je perds toute motivation.

9. Comment fonctionnez-vous en brainstorming ?

- a) J'adore ça, j'ai plein d'idées à partager !
- b) Je participe activement et rebondis sur les idées des autres.
- c) J'écoute plus que je ne propose d'idées.
- d) J'ai du mal à suivre et je me sens mis(e) de côté.

10. Aimez-vous explorer de nouveaux domaines artistiques ou intellectuels ?

- a) Oui, j'ai toujours envie d'apprendre et de découvrir de nouvelles choses.
- b) Oui, mais je me concentre surtout sur ce qui me passionne déjà.
- c) Rarement, j'ai tendance à rester dans ce que je connais bien.
- d) Non, je préfère ne pas sortir de ma zone de confort.

11. Comment votre entourage perçoit-il votre créativité ?

- a) Comme une de mes principales qualités.
- b) Ils la reconnaissent, mais ce n'est pas mon trait dominant.
- c) Ils trouvent que je manque un peu d'originalité.
- d) Ils me voient comme quelqu'un de très pragmatique, pas créatif(ve).

12. Quand vous avez une nouvelle idée, que faites-vous ?

- a) Je la note immédiatement et commence à la développer.
- b) J'en parle autour de moi pour voir les réactions.
- c) Je la laisse de côté et y reviens plus tard si elle me paraît utile.
- d) Je l'oublie souvent et ne fais rien avec.

13. Quelle est votre approche face aux règles établies ?

- a) J'aime les détourner et inventer mes propres méthodes.
- b) Je les respecte, mais j'aime apporter une touche d'innovation.
- c) Je préfère suivre les règles sans trop les questionner.
- d) Je trouve rassurant de respecter strictement les cadres établis.

14. Comment percevez-vous l'échec dans un processus créatif ?

- a) Comme un moteur d'apprentissage et d'amélioration.
- b) Comme une étape normale du processus, bien que frustrante.
- c) Comme un frein qui me démotive rapidement.
- d) Comme un signe que je devrais arrêter et ne plus essayer.

15. Vous sentez-vous plus créatif(ve) seul(e) ou en groupe ?

- a) Les deux, j'aime autant créer seul(e) qu'en équipe.
 - b) Seul(e), j'ai plus de liberté pour explorer mes idées.
 - c) En groupe, j'ai besoin des autres pour trouver des idées.
 - d) Ni l'un ni l'autre, j'ai du mal à être créatif(ve).
-

Évaluation du Quotient Spirituel (QSp)

Ce questionnaire vous permettra d'évaluer votre **Quotient Spirituel (QSp)**, c'est-à-dire votre capacité à donner un sens profond à votre existence, à cultiver votre sagesse intérieure et à vous connecter à quelque chose de plus grand que vous-même.

1. Quelle est votre relation avec le sens de la vie ?

- a) J'ai une vision claire et profonde du sens de ma vie.
- b) Je me questionne régulièrement sur ma place et mon rôle dans l'univers.
- c) J'y pense parfois, mais ce n'est pas une priorité pour moi.
- d) Je ne me pose pas vraiment cette question.

2. Comment percevez-vous les épreuves de la vie ?

- a) Comme des opportunités d'évolution et d'apprentissage.
- b) Comme des expériences difficiles qui peuvent parfois avoir un sens.
- c) Comme des obstacles qu'il faut surmonter sans trop se poser de questions.
- d) Comme des injustices sans véritable raison.

3. Quel rôle joue la méditation ou la contemplation dans votre vie ?

- a) Une pratique quotidienne qui me nourrit profondément.
- b) Une habitude occasionnelle qui m'apporte du bien-être.
- c) J'essaie parfois, mais je n'en ressens pas toujours les bienfaits.
- d) Je ne pratique jamais, ce n'est pas mon truc.

4. Comment vous connectez-vous à quelque chose de plus grand que vous ?

- a) Par la nature, la spiritualité, la méditation ou une pratique philosophique/religieuse.
- b) À travers l'art, la musique, ou des moments de profonde réflexion.
- c) Par le partage avec les autres et l'entraide.
- d) Je ne ressens pas particulièrement ce besoin.

5. Face à l'incertitude de la vie, comment réagissez-vous ?

- a) Avec confiance, en acceptant que tout a un sens, même si je ne le vois pas immédiatement.
- b) Avec un mélange d'acceptation et d'inquiétude.
- c) Avec anxiété, car j'aime avoir le contrôle sur les choses.
- d) Avec frustration, car l'inconnu me dérange.

6. Comment percevez-vous les synchronicités et coïncidences dans votre vie ?

- a) Comme des signes porteurs de sens et d'enseignements.
- b) Comme des événements curieux qui méritent d'être observés.
- c) Comme des hasards intéressants mais sans signification particulière.
- d) Comme de simples coïncidences sans importance.

7. Quelle importance accordez-vous au lâcher-prise ?

- a) Essentielle, je pratique régulièrement le lâcher-prise et la confiance en la vie.
- b) Importante, même si ce n'est pas toujours facile à appliquer.
- c) Moyenne, j'aimerais lâcher prise mais j'ai du mal.
- d) Faible, je préfère garder le contrôle autant que possible.

8. Comment gérez-vous les émotions négatives profondes ?

- a) En prenant du recul et en essayant d'en comprendre le message.
- b) En cherchant à les apaiser par la méditation, la lecture ou le dialogue.
- c) En les ignorant ou en les évacuant d'une manière pragmatique.
- d) En les refoulant ou en les subissant sans trop savoir quoi faire.

9. Comment définissez-vous la sagesse ?

- a) Un état de conscience basé sur la connaissance de soi et du monde.
- b) Une accumulation d'expériences et de réflexions profondes.
- c) Un concept intéressant, mais pas toujours accessible.
- d) Une notion abstraite qui n'a pas vraiment de valeur pratique.

10. Quelle est votre relation avec la gratitude ?

- a) J'exprime régulièrement ma gratitude pour tout ce que la vie m'apporte.
- b) J'essaie d'être reconnaissant(e), mais je l'oublie parfois.
- c) Je ressens de la gratitude de temps en temps, mais sans y prêter trop d'attention.
- d) Je n'y pense pas vraiment, ce n'est pas un réflexe naturel.

11. Comment percevez-vous la mort ?

- a) Comme une transition naturelle vers une autre forme d'existence.
- b) Comme une fin inévitable qui me questionne parfois.
- c) Comme une réalité que je préfère ne pas trop analyser.
- d) Comme une fin définitive qui me fait peur.

12. Avez-vous déjà ressenti un état de connexion profonde avec tout ce qui vous entoure ?

- a) Oui, régulièrement, et cela me remplit de paix.
- b) Oui, de temps en temps, lors de moments particuliers.
- c) Rarement, mais cela m'a marqué(e).
- d) Non, jamais.

13. Quel rôle jouent les valeurs dans votre vie ?

- a) Elles sont mon guide principal et orientent toutes mes décisions.
- b) Elles sont importantes, mais je fais parfois des compromis.
- c) Elles influencent certaines de mes actions, mais sans être dominantes.
- d) Je me fie plus aux circonstances qu'aux valeurs pour agir.

14. Comment vous sentez-vous lorsque vous êtes seul(e) ?

- a) En harmonie, j'apprécie ces moments pour me reconnecter à moi-même.
- b) Plutôt bien, mais j'aime aussi être entouré(e).
- c) Un peu mal à l'aise, j'ai besoin de distraction.
- d) Très mal, je cherche à éviter la solitude autant que possible.

15. Comment intégrez-vous la bienveillance dans votre quotidien ?

- a) En étant attentif(ve) aux autres et en pratiquant l'entraide avec sincérité.
 - b) En essayant d'être bienveillant(e) quand cela est possible.
 - c) En étant poli(e) et respectueux(se), mais sans chercher à aller plus loin.
 - d) Ce n'est pas une priorité pour moi.
-

Évaluation du Quotient Adaptatif (QAd)

Ce questionnaire vous permettra d'évaluer votre **Quotient Adaptatif (QAd)**, c'est-à-dire votre capacité à vous adapter aux changements, à gérer l'incertitude et à faire face à des situations nouvelles avec flexibilité.

1. Comment réagissez-vous face à un changement soudain dans votre vie ?

- a) Je l'accueille avec enthousiasme et je m'adapte rapidement.
- b) Je prends le temps de l'analyser avant d'agir.
- c) Je ressens de la résistance, mais je finis par m'adapter.
- d) Je le vis très mal et j'ai du mal à l'accepter.

2. Comment gérez-vous une situation inattendue au travail ou dans votre quotidien ?

- a) Je prends rapidement les devants et trouve une solution.
- b) Je m'adapte en fonction des nouvelles informations disponibles.
- c) J'ai besoin d'un peu de temps pour ajuster ma réaction.
- d) Je me sens stressé(e) et perdu(e).

3. Que faites-vous lorsqu'un projet ne se déroule pas comme prévu ?

- a) Je cherche d'autres options et adapte mon approche.
- b) Je prends du recul pour analyser ce qui peut être ajusté.
- c) Je me sens frustré(e), mais j'essaie de continuer tant bien que mal.
- d) Je perds mes repères et ai du mal à rebondir.

4. Comment vous sentez-vous face à l'incertitude ?

- a) Excité(e) par les opportunités qu'elle peut offrir.
- b) Confiant(e), même si je reste prudent(e).
- c) Un peu inquiet(e), mais j'essaie de m'adapter.
- d) Stressé(e) et anxieux(se), je préfère éviter l'incertitude.

5. Vous arrive-t-il de sortir de votre zone de confort ?

- a) Très souvent, j'adore explorer de nouvelles expériences.
- b) Régulièrement, surtout si cela a un intérêt pour moi.
- c) Rarement, je préfère les environnements connus.
- d) Presque jamais, cela me met mal à l'aise.

6. Comment apprenez-vous face à une nouvelle technologie ou méthode ?

- a) Avec curiosité et enthousiasme, j'aime découvrir de nouvelles choses.
- b) Avec intérêt, même si j'ai besoin de temps pour assimiler.
- c) Avec prudence, en préférant d'abord observer les autres.
- d) Avec réticence, j'ai du mal à m'adapter aux nouveautés.

7. Comment réagissez-vous face à un échec personnel ou professionnel ?

- a) Je l'analyse et je l'utilise comme une leçon pour m'améliorer.
- b) Je prends du recul et je cherche à comprendre ce qui n'a pas fonctionné.
- c) Je ressens de la frustration, mais je finis par l'accepter.
- d) Je le vis très mal et je doute de mes capacités.

8. Comment prenez-vous des décisions en situation d'incertitude ?

- a) J'évalue rapidement les options et j'agis en confiance.
- b) J'analyse les différentes possibilités avant de choisir.
- c) J'hésite et j'ai du mal à me décider.
- d) J'évite de prendre des décisions par peur de l'échec.

9. Comment réagissez-vous lorsqu'on vous confie une tâche que vous ne maîtrisez pas ?

- a) Je suis enthousiaste et je prends plaisir à apprendre.
- b) Je me forme rapidement pour m'adapter à la situation.
- c) Je demande de l'aide et j'essaie de faire au mieux.
- d) Je me sens perdu(e) et peu compétent(e).

10. Comment vous sentez-vous dans un environnement en constante évolution ?

- a) À l'aise et stimulé(e), j'adore le changement.
- b) Plutôt bien, même si j'ai besoin de temps pour m'adapter.
- c) Un peu stressé(e), mais je fais des efforts pour suivre.
- d) Déstabilisé(e) et en perte de repères.

11. Quelle est votre réaction face à une critique constructive ?

- a) Je l'accueille avec intérêt et je l'utilise pour m'améliorer.
- b) Je l'écoute attentivement et j'essaie d'en tirer des leçons.
- c) Je la prends personnellement, mais j'essaie d'en tenir compte.
- d) Je la rejette et me sens blessé(e).

12. Comment percevez-vous les défis imprévus ?

- a) Comme des opportunités d'apprentissage et de croissance.
- b) Comme des situations exigeantes mais formatrices.
- c) Comme des obstacles difficiles à surmonter.
- d) Comme des sources de stress et de frustration.

13. Comment réagissez-vous lorsque vous êtes confronté(e) à une culture différente de la vôtre ?

- a) Avec ouverture et curiosité, j'adore découvrir d'autres façons de voir le monde.
- b) Avec intérêt, en cherchant à mieux comprendre.
- c) Avec prudence, car cela peut être déstabilisant.
- d) Avec difficulté, je préfère ce qui m'est familier.

14. Comment gérez-vous une situation où vos plans tombent à l'eau ?

- a) Je rebondis immédiatement et trouve une alternative.
- b) Je prends le temps d'analyser la situation avant de réagir.
- c) J'ai du mal à accepter, mais je finis par m'adapter.
- d) Je ressens de la frustration et ai du mal à aller de l'avant.

15. Comment réagissez-vous lorsque vous devez apprendre quelque chose de totalement nouveau ?

- a) Avec enthousiasme, j'adore relever de nouveaux défis.
 - b) Avec intérêt, même si cela demande un effort.
 - c) Avec appréhension, car je préfère rester dans ma zone de confort.
 - d) Avec résistance, je n'aime pas sortir de mes habitudes.
-

Évaluation du Quotient Éthique (QÉ)

Ce questionnaire vous permettra d'évaluer votre **Quotient Éthique (QÉ)**, c'est-à-dire votre capacité à agir avec intégrité, à faire des choix alignés avec vos valeurs et à prendre en compte les implications morales de vos actions.

1. Lorsque vous êtes témoin d'une injustice, comment réagissez-vous ?

- a) J'interviens immédiatement pour défendre la personne concernée.
- b) J'essaie d'en parler autour de moi pour sensibiliser les autres.
- c) Je ressens de l'injustice, mais je préfère ne pas me mêler.
- d) Je ne fais rien, cela ne me concerne pas directement.

2. Comment prenez-vous vos décisions importantes ?

- a) En tenant compte de mes valeurs et des conséquences pour les autres.
- b) En cherchant un équilibre entre mes intérêts et ceux des autres.
- c) En fonction de ce qui me semble le plus bénéfique à court terme.
- d) En fonction de ce qui est le plus simple pour moi, sans trop réfléchir aux implications.

3. Si vous trouvez un portefeuille dans la rue, que faites-vous ?

- a) Je le rapporte immédiatement à la police ou j'essaie de retrouver son propriétaire.
- b) Je regarde s'il y a une identité et j'essaie de contacter la personne.
- c) Je le laisse sur place, quelqu'un d'autre s'en occupera.
- d) Je garde l'argent et j'ignore le reste.

4. Que signifie pour vous l'honnêteté ?

- a) Dire la vérité et agir en accord avec ses valeurs, même quand c'est difficile.
- b) Être sincère autant que possible, tout en tenant compte des circonstances.
- c) Parfois mentir ou omettre la vérité pour éviter des problèmes.
- d) Dire ce qui arrange la situation, tant que cela me bénéficie.

5. Comment gérez-vous un dilemme moral ?

- a) Je réfléchis profondément pour prendre une décision juste et alignée avec mes principes.
- b) Je cherche conseil auprès d'autres personnes pour éviter de me tromper.
- c) Je prends une décision rapide en minimisant les conséquences pour moi.
- d) J'évite de trop réfléchir et j'opte pour la solution la plus avantageuse pour moi.

6. Comment réagissez-vous si vous faites une erreur ayant un impact sur quelqu'un ?

- a) J'assume ma responsabilité et je fais tout pour réparer mon erreur.
- b) J'avoue mon erreur si nécessaire, mais j'essaie de limiter les dégâts.
- c) J'essaie d'éviter d'être découvert(e) pour ne pas avoir de problèmes.
- d) J'ignore l'impact et passe à autre chose.

7. Quel rôle joue la bienveillance dans vos interactions avec les autres ?

- a) Elle est essentielle, j'essaie toujours d'être juste et respectueux(se).
- b) J'y fais attention, même si ce n'est pas toujours évident à appliquer.
- c) Je suis bienveillant(e) uniquement si cela m'apporte quelque chose en retour.
- d) Ce n'est pas une priorité pour moi, chacun doit penser à soi.

8. Un collègue vous confie qu'il a commis une faute grave. Que faites-vous ?

- a) Je l'encourage à assumer sa responsabilité et à réparer son erreur.
- b) Je lui conseille discrètement une solution pour minimiser les conséquences.
- c) Je ne dis rien et je fais comme si je n'avais rien entendu.
- d) J'utilise cette information pour en tirer un avantage personnel.

9. Comment définissez-vous la responsabilité ?

- a) L'engagement à assumer les conséquences de ses actes et à respecter les autres.
- b) Une nécessité sociale qui doit être respectée dans la mesure du possible.
- c) Une contrainte qui peut être contournée selon les circonstances.
- d) Quelque chose qui limite la liberté individuelle et dont il faut se détacher.

10. Si vous êtes confronté(e) à une règle injuste, que faites-vous ?

- a) Je cherche à la faire changer en alertant les bonnes personnes.
- b) J'essaie de la contourner si elle est vraiment injuste.
- c) Je l'accepte à contrecœur, car il faut respecter les règles.
- d) Je l'applique sans réfléchir, car ce n'est pas mon rôle de la remettre en question.

11. Comment percevez-vous l'intégrité dans votre vie personnelle et professionnelle ?

- a) Comme une valeur fondamentale que j'applique en toutes circonstances.
- b) Comme une ligne directrice, bien que parfois difficile à tenir.
- c) Comme un idéal auquel il est difficile de se conformer dans la réalité.
- d) Comme une contrainte inutile qui complique les choses.

12. Comment réagissez-vous lorsqu'une décision avantageuse pour vous pourrait nuire aux autres ?

- a) Je refuse de l'appliquer et je cherche une solution équitable.
- b) Je pèse les avantages et les inconvénients avant de décider.
- c) Je saisis l'opportunité si elle est bénéfique pour moi.
- d) Je prends la décision sans me soucier des autres.

13. Quel est votre rapport aux promesses que vous faites ?

- a) Je fais tout mon possible pour les tenir, elles sont sacrées pour moi.
- b) Je les respecte en général, sauf si elles deviennent trop contraignantes.
- c) Je les tiens quand cela m'arrange.
- d) Je n'accorde pas d'importance aux promesses, elles sont souvent inutiles.

14. Que pensez-vous des petits mensonges pour éviter des conflits ?

- a) Ils sont à éviter, la vérité est toujours préférable.
- b) Parfois utiles, s'ils ne causent pas de tort.
- c) Acceptables dans certaines situations, même s'ils sont fréquents.
- d) Une habitude normale, dire la vérité est souvent risqué.

15. Comment agissez-vous face à une opportunité d'obtenir un avantage de manière malhonnête ?

- a) Je refuse catégoriquement, car cela va à l'encontre de mes valeurs.
 - b) J'évalue les conséquences avant de décider.
 - c) J'accepte si les risques sont faibles et que cela me profite.
 - d) Je saisis l'opportunité sans hésitation.
-

Évaluation du Quotient Physique (QP)

Ce questionnaire vous permettra d'évaluer votre **Quotient Physique (QP)**, c'est-à-dire votre capacité à prendre soin de votre corps, votre niveau d'énergie, votre endurance, ainsi que votre rapport à l'activité physique et au bien-être corporel.

1. À quelle fréquence pratiquez-vous une activité physique ?

- a) Tous les jours ou presque.
- b) Plusieurs fois par semaine.
- c) De temps en temps, quand j'y pense.
- d) Rarement ou jamais.

2. Comment décririez-vous votre niveau d'énergie au quotidien ?

- a) Élevé, je me sens en pleine forme presque tout le temps.
- b) Correct, avec parfois des baisses d'énergie.
- c) Moyen, je ressens souvent de la fatigue.
- d) Faible, je manque d'énergie la plupart du temps.

3. Quelle importance accordez-vous à votre alimentation ?

- a) Très importante, j'ai une alimentation équilibrée et saine.
- b) Importante, j'essaie de manger sainement mais je fais quelques écarts.
- c) Moyenne, je ne fais pas trop attention à ce que je mange.
- d) Faible, je mange ce qui me plaît sans trop me soucier des effets.

4. Quelle est votre posture habituelle en journée ?

- a) Droite et équilibrée, je fais attention à ma posture.
- b) Plutôt correcte, même si je ne fais pas toujours attention.
- c) Souvent voûtée, surtout quand je suis fatigué(e).
- d) Mauvaise, j'ai souvent des douleurs à cause de ma posture.

5. À quelle fréquence dormez-vous au moins 7 à 8 heures par nuit ?

- a) Presque toujours, j'ai un bon rythme de sommeil.
- b) La plupart du temps, mais parfois j'ai des nuits courtes.
- c) Rarement, j'ai souvent un manque de sommeil.
- d) Très rarement, j'ai un sommeil très irrégulier.

6. Comment gérez-vous le stress physiquement ?

- a) Je fais du sport, de la relaxation ou d'autres pratiques physiques pour évacuer le stress.
- b) Je bouge un peu ou je respire profondément pour me détendre.
- c) Je ressens des tensions mais je ne fais pas grand-chose pour les soulager.
- d) Le stress affecte fortement mon corps et je ne sais pas comment le gérer.

7. Quelle est votre capacité à maintenir un effort physique prolongé (ex : marche rapide, sport) ?

- a) Très bonne, je peux tenir longtemps sans problème.
- b) Bonne, je peux faire un effort modéré sans trop de difficulté.
- c) Moyenne, je fatigue vite mais je peux tenir un peu.
- d) Faible, je ressens rapidement de la fatigue ou un essoufflement.

8. Comment décririez-vous votre souplesse physique ?

- a) Très bonne, je peux facilement m'étirer et bouger sans contrainte.
- b) Correcte, même si je ressens parfois des raideurs.
- c) Moyenne, j'ai du mal à faire certains mouvements.
- d) Faible, je suis souvent raide et peu mobile.

9. À quelle fréquence ressentez-vous des douleurs physiques liées à votre mode de vie ?

- a) Très rarement, je fais attention à mon corps.
- b) Parfois, après une longue journée ou un effort inhabituel.
- c) Souvent, j'ai régulièrement des douleurs ou tensions.
- d) Très fréquemment, j'ai des douleurs chroniques.

10. Comment évaluez-vous votre capacité de récupération après un effort physique ?

- a) Excellente, je récupère très vite.
- b) Bonne, je mets un peu de temps mais je récupère bien.
- c) Moyenne, il me faut beaucoup de temps pour récupérer.
- d) Faible, je ressens longtemps la fatigue ou les courbatures.

11. Quelle est votre attitude face aux activités nécessitant de l'endurance ?

- a) J'adore et je suis capable de tenir longtemps.
- b) Je les pratique avec plaisir, mais avec des pauses.
- c) J'évite autant que possible car c'est difficile pour moi.
- d) Je ne supporte pas ce type d'activités.

12. Comment prenez-vous soin de votre hygiène corporelle et de votre bien-être physique ?

- a) Très bien, j'ai une routine bien établie.
- b) Correctement, même si je fais parfois quelques écarts.
- c) Moyennement, je ne fais pas toujours attention.
- d) Peu, je néglige souvent mon hygiène et mon bien-être corporel.

13. Comment réagissez-vous après une journée sédentaire (beaucoup d'assise, peu de mouvement) ?

- a) J'ai besoin de bouger et de faire de l'exercice.
- b) Je ressens un certain inconfort mais je me rattrape plus tard.
- c) Cela ne me dérange pas trop, même si je ressens de la raideur.
- d) Je suis habitué(e) et cela ne me pose aucun problème.

14. Quel est votre rapport à l'exposition à la nature et à l'air frais ?

- a) J'adore et j'y vais régulièrement.
- b) J'aime bien mais je ne prends pas toujours le temps d'en profiter.
- c) J'y vais rarement, ce n'est pas une priorité pour moi.
- d) Je ne ressens pas le besoin d'y aller.

15. Comment évaluez-vous votre coordination et votre motricité ?

- a) Excellentes, je me déplace avec fluidité et précision.
 - b) Bonnes, mais j'ai parfois quelques maladresses.
 - c) Moyennes, j'ai des difficultés dans certaines activités physiques.
 - d) Faibles, j'ai souvent du mal avec la coordination et la précision des mouvements.
-

Évaluation du Quotient Intuitif (QIu)

Ce questionnaire vous permettra d'évaluer votre **Quotient Intuitif (QIu)**, c'est-à-dire votre capacité à percevoir les situations au-delà de la logique rationnelle, à faire confiance à votre instinct et à capter des signaux subtils dans votre environnement.

1. Lorsque vous devez prendre une décision importante, comment procédez-vous ?

- a) Je me fie principalement à mon intuition et à mon ressenti.
- b) Je combine mon intuition avec une analyse rationnelle.
- c) Je me base surtout sur des faits et des raisonnements logiques.
- d) Je demande toujours l'avis des autres avant de décider.

2. À quelle fréquence avez-vous des intuitions qui se révèlent exactes ?

- a) Très souvent, mon instinct me guide bien.
- b) Assez souvent, même si je doute parfois.
- c) Parfois, mais je ne leur fais pas toujours confiance.
- d) Rarement, je préfère me fier aux faits concrets.

3. Comment percevez-vous les personnes que vous rencontrez pour la première fois ?

- a) J'ai un ressenti fort sur elles, et il s'avère souvent juste.
- b) Je ressens des impressions, mais je les vérifie avec le temps.
- c) Je ne ressens pas grand-chose, j'attends de mieux les connaître.
- d) Je me fie uniquement à ce qu'elles disent et font, pas à des impressions.

4. Lorsque vous avez un mauvais pressentiment à propos d'une situation, que faites-vous ?

- a) J'y prête attention et j'évite la situation si possible.
- b) J'y réfléchis, mais j'essaie de vérifier avec des faits concrets.
- c) J'essaie de ne pas en tenir compte, cela peut être irrationnel.
- d) Je l'ignore complètement et je continue comme prévu.

5. À quelle fréquence avez-vous des rêves qui vous semblent prémonitoires ou significatifs ?

- a) Très souvent, ils m'apportent des messages clairs.
- b) Parfois, certains rêves me marquent et semblent avoir du sens.
- c) Rarement, mais cela m'est déjà arrivé.
- d) Jamais, pour moi les rêves sont juste des constructions de l'esprit.

6. Ressentez-vous facilement l'énergie d'un lieu ou d'un environnement ?

- a) Oui, je ressens immédiatement une atmosphère positive ou négative.
- b) Parfois, mais je ne sais pas toujours interpréter mes ressentis.
- c) Cela m'arrive rarement, et je ne m'y fie pas trop.
- d) Non, je ne ressens aucune différence d'énergie selon les lieux.

7. Lorsque vous hésitez entre plusieurs choix, que faites-vous ?

- a) Je ferme les yeux et je ressens ce qui me semble le plus juste.
- b) J'écoute mon intuition mais je cherche aussi des arguments rationnels.
- c) Je fais une liste des avantages et des inconvénients.
- d) Je demande systématiquement conseil à d'autres avant de décider.

8. Pensez-vous avoir une forme de sixième sens ?

- a) Oui, je ressens souvent des choses inexplicables qui s'avèrent exactes.
- b) Parfois, j'ai des intuitions surprenantes.
- c) Rarement, mais cela m'est déjà arrivé.
- d) Non, je ne crois pas à ce genre de choses.

9. Comment réagissez-vous quand vous sentez une personne fautive ou mal intentionnée ?

- a) Je m'éloigne immédiatement, je fais totalement confiance à mon ressenti.
- b) J'observe son comportement pour confirmer mon intuition.
- c) Je continue à interagir normalement, mais je reste prudent(e).
- d) Je ne me fie pas aux ressentis, j'attends des preuves concrètes.

10. Quand vous devez résoudre un problème complexe, comment procédez-vous ?

- a) Je laisse venir une solution à mon esprit sans trop forcer.
- b) Je réfléchis d'abord, puis j'écoute mon ressenti.
- c) Je cherche une solution logique et rationnelle.
- d) Je demande conseil avant d'agir.

11. Vous arrive-t-il de ressentir une connexion inexplicable avec certaines personnes ?

- a) Oui, cela m'arrive souvent et c'est très fort.
- b) Parfois, je ressens une affinité immédiate avec quelqu'un.
- c) Rarement, mais cela a pu arriver.
- d) Non, je pense que les relations se construisent uniquement avec le temps.

12. À quelle fréquence ressentez-vous des changements subtils dans votre environnement sans explication claire ?

- a) Très souvent, je capte facilement les variations d'énergie.
- b) Parfois, mais je n'en tiens pas toujours compte.
- c) Rarement, et j'y prête peu d'attention.
- d) Jamais, je ne ressens pas ce genre de choses.

13. Lorsque vous êtes face à une personne triste ou stressée, que ressentez-vous ?

- a) Je ressens immédiatement son émotion, comme si c'était la mienne.
- b) Je perçois son mal-être, mais je garde une certaine distance.
- c) J'ai du mal à ressentir les émotions des autres.
- d) Je ne ressens rien de particulier tant qu'elle ne me le dit pas.

14. Vous arrive-t-il d'avoir un élan spontané pour appeler quelqu'un, et cette personne vous dit qu'elle pensait justement à vous ?

- a) Très souvent, cela m'arrive régulièrement.
- b) Parfois, et cela me surprend à chaque fois.
- c) Rarement, mais cela a pu arriver.
- d) Non, ce n'est jamais arrivé.

15. Lorsque vous ignorez une intuition forte, que se passe-t-il en général ?

- a) Je le regrette souvent, car elle s'avère juste après coup.
- b) Parfois je me rends compte que j'aurais dû l'écouter.
- c) Il ne se passe rien de particulier.
- d) Je ne ressens jamais d'intuitions fortes.

Évaluation du Quotient Intellectuel (QI)

Ce questionnaire vous permettra d'évaluer votre **Quotient Intellectuel (QI)**, c'est-à-dire votre capacité à analyser, résoudre des problèmes, raisonner logiquement et apprendre efficacement.

Questions

1. Lorsque vous êtes confronté(e) à un problème complexe, quelle est votre réaction ?

- a) J'adore analyser la situation et trouver une solution logique.
- b) Je réfléchis un moment puis je teste différentes solutions.
- c) J'essaie de voir si quelqu'un a déjà trouvé une solution.
- d) Je me sens dépassé(e) et j'abandonne souvent.

2. Comment décririez-vous votre mémoire ?

- a) Excellente, je retiens facilement les informations et les détails.
- b) Bonne, mais j'ai parfois besoin de revoir certaines choses.
- c) Moyenne, je dois faire des efforts pour bien mémoriser.
- d) Faible, j'oublie souvent les choses importantes.

3. Aimez-vous apprendre de nouvelles choses ?

- a) Oui, j'adore découvrir et approfondir des sujets divers.
- b) Oui, mais seulement si le sujet m'intéresse.
- c) J'apprends quand c'est nécessaire, sans grand plaisir.
- d) Non, je préfère m'en tenir à ce que je connais déjà.

4. Comment gérez-vous un raisonnement logique difficile ?

- a) Je prends plaisir à décortiquer chaque étape du raisonnement.
- b) J'essaie de comprendre avec un peu d'effort.
- c) J'ai du mal, mais je persévère.
- d) J'évite ce type de réflexion, cela me fatigue.

5. À quelle fréquence lisez-vous des livres, des articles ou des études pour approfondir vos connaissances ?

- a) Très souvent, je lis régulièrement sur divers sujets.
- b) Parfois, quand un sujet m'intéresse.
- c) Rarement, seulement quand c'est nécessaire.
- d) Presque jamais, je préfère d'autres types de distractions.

6. Comment réagissez-vous face à une information nouvelle ou surprenante ?

- a) J'analyse la source et je vérifie sa fiabilité.
- b) Je l'accepte si elle est logique et cohérente.
- c) J'attends de voir si d'autres sources la confirment.
- d) Je la crois ou la rejette sans trop y réfléchir.

7. Quelle est votre approche face aux jeux de réflexion (énigmes, casse-têtes, sudoku, échecs, etc.) ?

- a) J'adore ce type de défis et j'en fais régulièrement.
- b) J'aime bien, mais j'en fais de temps en temps.
- c) J'en fais rarement, ce n'est pas mon fort.
- d) Je n'aime pas ce genre d'activités.

8. Comment gérez-vous une grande quantité d'informations à assimiler ?

- a) Je sais organiser et structurer les informations efficacement.
- b) J'ai besoin de prendre des notes ou de résumer pour bien comprendre.
- c) J'ai du mal à tout retenir, je fais ce que je peux.
- d) Je suis vite dépassé(e) et j'abandonne.

9. Comment réagissez-vous lorsque quelqu'un remet en question une de vos idées ou croyances ?

- a) J'écoute attentivement et je reconsidère mon point de vue si nécessaire.
- b) Je discute et défends mon opinion avec des arguments.
- c) Je ressens une gêne mais j'essaie de comprendre l'autre point de vue.
- d) Je prends mal la critique et je défends mon point de vue sans débat.

10. Aimez-vous résoudre des problèmes mathématiques ou logiques ?

- a) Oui, j'adore ce genre d'exercices.
- b) Oui, mais seulement si cela a une application concrète.
- c) Non, mais je fais des efforts si nécessaire.
- d) Non, je trouve cela ennuyeux et inutile.

11. Lorsque vous apprenez quelque chose de nouveau, comment vous y prenez-vous ?

- a) Je cherche des explications détaillées et approfondies.
- b) J'écoute et j'expérimente pour mieux comprendre.
- c) J'ai besoin qu'on me guide pas à pas.
- d) J'ai du mal à assimiler de nouvelles notions.

12. À quelle fréquence cherchez-vous à comprendre le fonctionnement des choses (technologies, systèmes, concepts) ?

- a) Tout le temps, je suis curieux(se) de nature.
- b) Souvent, surtout si cela me sert concrètement.
- c) Rarement, sauf si j'en ai vraiment besoin.
- d) Jamais, cela ne m'intéresse pas.

13. Comment gérez-vous une discussion sur un sujet intellectuellement exigeant ?

- a) J'aime débattre et approfondir la conversation.
- b) J'écoute avec intérêt et je participe si je me sens à l'aise.
- c) J'écoute mais j'interviens peu.
- d) J'évite ce genre de discussions, trop compliquées.

14. Comment percevez-vous votre capacité d'analyse face à une situation complexe ?

- a) Très bonne, j'arrive à identifier les causes et les conséquences rapidement.
- b) Correcte, mais il me faut du temps pour bien comprendre.
- c) Moyenne, j'ai du mal à voir toutes les implications.
- d) Faible, je préfère que d'autres analysent pour moi.

15. Quand vous êtes confronté(e) à une nouvelle technologie ou un nouvel outil, comment réagissez-vous ?

- a) J'aime explorer et comprendre son fonctionnement.
- b) Je m'y intéresse si cela me semble utile.
- c) J'apprends seulement si on me guide.
- d) Je préfère éviter et rester avec ce que je connais.

Réponses A/B/C/D	QE	QA	QS	QC	QSp
Question 1					
Question 2					
Question 3					
Question 4					
Question 5					
Question 6					
Question 7					
Question 8					
Question 9					
Question 10					
Question 11					
Question 12					
Question 13					
Question 14					
Question 15					

Réponses A/B/C/D	Qad	QÉ	QP	Qlu	QI
Question 1					
Question 2					
Question 3					
Question 4					
Question 5					
Question 6					
Question 7					
Question 8					
Question 9					
Question 10					
Question 11					
Question 12					
Question 13					
Question 14					
Question 15					

SCORING	QE	QA	QS	QC	QSp
Question 1					
Question 2					
Question 3					
Question 4					
Question 5					
Question 6					
Question 7					
Question 8					
Question 9					
Question 10					
Question 11					
Question 12					
Question 13					
Question 14					
Question 15					
TOTAL					
<i>Note de 1 à 10</i>					

SCORING	Qad	QÉ	QP	Qlu	QI
Question 1					
Question 2					
Question 3					
Question 4					
Question 5					
Question 6					
Question 7					
Question 8					
Question 9					
Question 10					
Question 11					
Question 12					
Question 13					
Question 14					
Question 15					
TOTAL					
<i>Note de 1 à 10</i>					

Scoring :

Attribuez 4 points pour les réponses A, 3 points pour les réponses B, 2 points pour les réponses C et 1 point pour les réponses D.

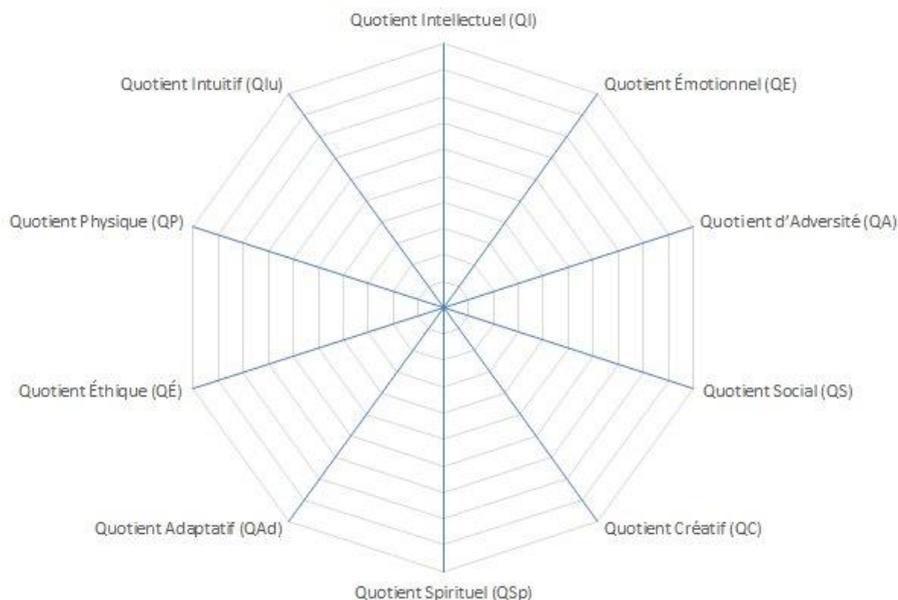
Complétez le tableau page 139.

Barème de notation des Quotients	
15 points	1
16 à 20 points	2
21 à 25 points	3
26 à 30 points	4
31 à 35 points	5
36 à 40 points	6
41 à 45 points	7
46 à 50 points	8
51 à 55 points	9
56 à 60 points	10

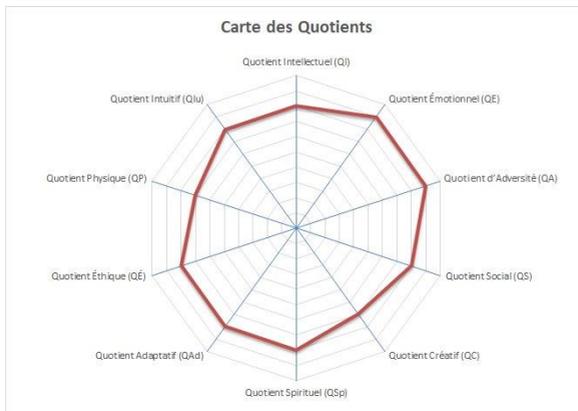
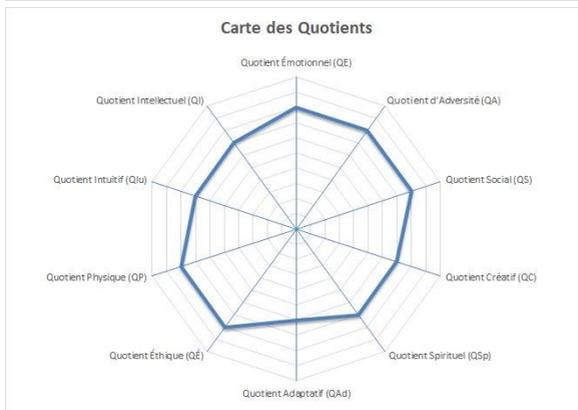
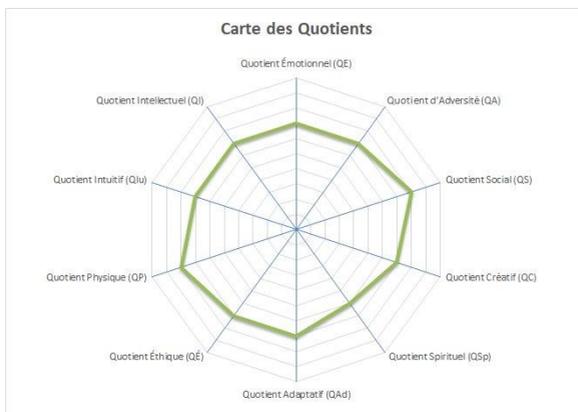
Reportez les notes de la page 139 sur la carte ci-dessous.

(le 0 est au centre, le 10 à l'extérieur).

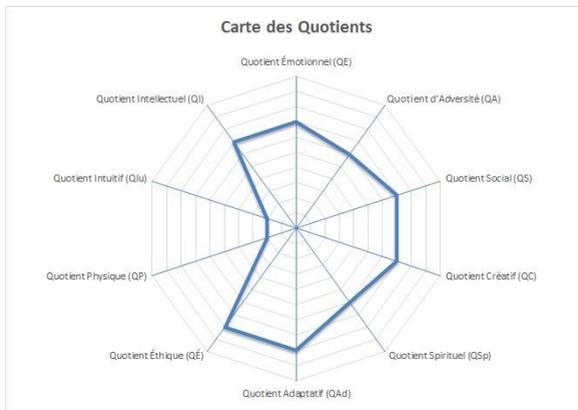
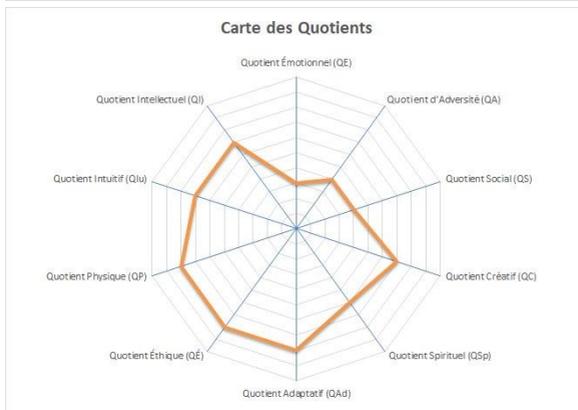
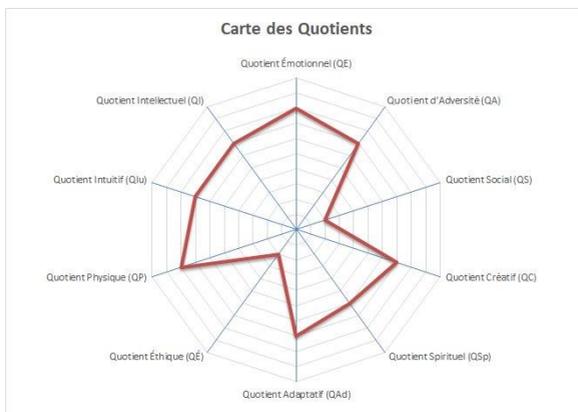
Carte des Quotients



Quelques exemples de cartographies plutôt « équilibrées » :



Quelques exemples de déséquilibres importants :



Chapitre 14

Les personnalités intégrées :

une exploration intérieure avec le modèle IFS

Une multiplicité intérieure au service de l'unité

Et si nous n'étions pas *une seule personne*, mais un assemblage vivant de multiples facettes ? Et si chacun de ces aspects avait ses propres émotions, besoins, croyances, souvenirs, et stratégies pour survivre, s'exprimer ou se protéger ? C'est cette idée puissante et transformatrice qui se trouve au cœur du modèle IFS (Internal Family Systems), développé par le psychothérapeute américain Richard Schwartz.

Dans le cadre de **Résilience Therapy**, nous choisissons de renommer cette approche "Les personnalités intégrées", afin de mieux refléter ce que ce système révèle : l'être humain est une composition vivante de parts, ou "personnalités internes", qu'il est possible de reconnaître, d'écouter, de réconcilier, et d'unifier.

Genèse du modèle : quand le moi devient pluriel

Richard Schwartz, confronté à l'échec de certaines approches traditionnelles avec ses consultants souffrant de troubles alimentaires ou de traumatismes, a observé que les personnes parlaient de certaines de leurs pensées ou comportements comme de voix internes autonomes, parfois contradictoires : « Une part de moi veut guérir, une autre a peur. » Plutôt que de les faire taire, il a

eu l'idée de les écouter, en postulant que la psyché humaine fonctionne comme un système familial interne, où chaque part a son histoire, sa fonction, et sa place à retrouver.

Loin d'être un dysfonctionnement, cette multiplicité est naturelle, saine, et structurante : elle devient problématique uniquement lorsque certaines parts, en raison d'un traumatisme, prennent le contrôle ou sont figées dans des extrêmes.

Trois grands types de personnalités internes

IFS distingue trois grandes catégories de "parts", ou personnalités intégrées :

1. **Les exilés** : ce sont les parts blessées, souvent jeunes, porteuses de souvenirs douloureux, d'émotions intenses (honte, peur, tristesse), et de croyances limitantes. Elles ont été "mises à l'écart" pour permettre à la personne de continuer à vivre malgré le trauma.
2. **Les protecteurs proactifs (les managers)** : ils veillent à éviter que la douleur des exilés ne ressurgisse, en maintenant le contrôle. Ce sont souvent des parts perfectionnistes, rationnelles, hypervigilantes, critiques internes.
3. **Les protecteurs réactifs (les pompiers)** : ils interviennent pour éteindre l'incendie émotionnel lorsqu'un exilé menace d'émerger. Ils utilisent des stratégies de distraction ou d'anesthésie (addictions, isolement, crises de colère, compulsions...).

Au centre de ce système réside le **"Self"** – ce que Richard Schwartz appelle le "Moi profond" – une présence calme, bienveillante, compatissante, capable d'accueillir et d'harmoniser toutes les parts.

Une cartographie intérieure complémentaire à celle des quotients

Alors que la carte des quotients permet une lecture horizontale des compétences et ressources développées par un individu (émotionnelles, sociales, cognitives, etc.), le modèle des personnalités intégrées propose une lecture verticale de sa structure intérieure, en explorant :

- Qui agit en moi dans tel ou tel domaine ?
- Quelle part prend le contrôle dans ma vie émotionnelle ?
- Quelles parts sont absentes ou étouffées dans mes interactions sociales ?
- La part créative est-elle libre de s'exprimer, ou censurée par un protecteur ?
- Mon corps (QP) est-il en lien avec des parts dissociées ou coupées du ressenti ?

Autrement dit, chaque quotient peut être habité différemment selon les parts présentes, les unes favorisant le développement du quotient, les autres le réprimant ou le déformant.

La carte des quotients comme révélateur des parts dominantes

Un profil de quotients peut révéler les dominances de certaines « parts » ou « traits de personnalité » :

- Un **QI élevé** peut traduire un manager intellectuel très actif, qui contrôle l'environnement par la rationalisation.
- Un **QE faible** peut indiquer une coupure affective orchestrée par un protecteur évitant les émotions.
- Un **QA bas** peut pointer vers un exilé blessé jamais accompagné.
- Un **QSp très développé**, en l'absence d'un QE ou d'un QP équilibré, peut signaler une quête spirituelle de fuite.

L'intégration des deux modèles permet ainsi une lecture croisée et fine du psychisme : comment mes parts influencent mes quotients, et comment mes quotients reflètent mes parts.

Vers une harmonisation des personnalités intégrées

Le travail thérapeutique proposé par **Résilience Therapy** vise à :

1. **Identifier les parts** présentes, dominantes, silencieuses ou blessées
2. **Développer une relation entre le Self et chaque part**
3. **Créer des ponts entre les parts et les dimensions des quotients**
4. **Libérer les exilés**, apaiser les protecteurs, et restaurer l'unité intérieure

La personne peut alors redevenir le chef d'orchestre conscient de sa propre symphonie intérieure, et non plus l'otage de ses fragments en conflit.

La promesse d'une thérapie intégrative et sur mesure

En combinant les quotients (qui nous montrent *ce que la personne vit et mobilise*) avec les personnalités intégrées (qui nous montrent *qui agit à l'intérieur*), **Résilience Therapy** offre un cadre thérapeutique à la fois structuré, sensible, et personnalisé.

Comme le dit Richard Schwartz :

« Vous n'êtes pas brisé. Vous êtes un système complexe de parties, et toutes vos parties ont de bonnes intentions. Elles ont simplement besoin d'être entendues. »

Et comme l'écrit Boris Cyrulnik :

« La blessure n'est jamais le tout de l'histoire. Ce qui fait résilience, c'est ce que la personne construit autour. »

Entre ces deux visions se tisse une approche humaniste, respectueuse, résolument tournée vers la réparation et l'intégration.

Chapitre 15

Les personnalités intégrées :

Auto-évaluation sous forme de QCM.

Intégrer la complexité de l'être : les Quotients et le Modèle IFS

La Carte des Quotients offre une cartographie riche et structurée des différentes formes d'intelligence et de fonctionnement d'un individu. Elle permet d'identifier des ressources, des vulnérabilités et des zones d'équilibre ou de déséquilibre. Toutefois, pour qu'un travail thérapeutique soit pleinement ajusté, il est essentiel de coupler cette lecture avec une autre dimension tout aussi déterminante : celle des parties internes de la personnalité.

C'est précisément ce que propose le modèle de l'Internal Family System (IFS), développé par Richard Schwartz. Ce modèle postule que chaque individu est constitué d'un système intérieur composé de multiples "parts", ou sous-personnalités, chacune ayant ses rôles, ses croyances, ses émotions, ses stratégies. Certaines parts sont blessées (parts exilées), d'autres protègent (parts managers), d'autres encore réagissent de manière impulsive ou défensive (pompiers). L'enjeu thérapeutique est alors de permettre à ces parts de s'exprimer, d'être accueillies sans jugement, et de restaurer leur équilibre autour du **Soi**, centre conscient, calme et compatissant de la personne.

Croiser l'approche des quotients avec celle de l'IFS, c'est reconnaître que :

- chaque quotient peut être investi ou inhibé selon les parts qui sont actives,
- une personne peut être très compétente émotionnellement dans certaines circonstances (quand une part apaisée est aux commandes) et complètement coupée de ses émotions dans d'autres (quand une part protectrice prend le dessus),
- certaines parts privilégient certaines intelligences : l'une peut développer fortement le QI pour compenser une blessure émotionnelle ; une autre peut surinvestir le QP (corps, sport, santé) pour éviter un contact avec des douleurs intérieures.

Ainsi, le profil d'un individu n'est pas figé. Il est le reflet dynamique des interactions entre ses quotients et ses parts internes. C'est cette complexité vivante qui rend chaque parcours unique.

Pour qu'une thérapie soit vraiment efficace, elle doit donc :

1. prendre en compte la diversité des intelligences (quotients) mobilisées par l'individu,
2. écouter et reconnaître les différentes parts de sa personnalité, sans chercher à en éliminer une au profit d'une autre,
3. aider à réharmoniser l'ensemble, pour permettre au Soi de reprendre sa place au centre du système intérieur.

En un mot, une thérapie sur mesure ne peut se fonder que sur une compréhension intégrative de la personne, en tenant compte de sa structure cognitive, émotionnelle, relationnelle, intuitive, physique... et des multiples voix intérieures qui cohabitent en elle. C'est ce double regard – celui des quotients et des parts internes – qui offre au thérapeute une grille de lecture à la fois fine, respectueuse et profondément transformatrice.

QCM : À la rencontre de vos différentes « parts »

Répondez de manière intuitive, sans trop réfléchir, en choisissant la réponse qui vous ressemble le plus *la plupart du temps*. Il n'y a ni bonne ni mauvaise réponse. Il est possible de choisir 2 réponses en cas d'impossibilité de choisir une réponse évidente.

Questions (1 à 50)

1. Quand je me sens blessé(e), je réagis plutôt en :
 - A. Me repliant sur moi-même
 - B. Attaquant ou me défendant
 - C. Faisant comme si de rien n'était
 - D. Prenant du recul pour comprendre

2. Je suis le/la plus à l'aise quand :
 - A. J'organise et contrôle la situation
 - B. Je prends soin des autres
 - C. Je suis seul(e) dans ma bulle
 - D. Je me sens aligné(e) avec moi-même

3. Face à un conflit, je :
- A. L'évite à tout prix
 - B. Le prends de front, quitte à m'énerver
 - C. Fuis ou je m'étourdis dans une activité
 - D. Essaie d'écouter chaque point de vue
4. Quand je pense à mon passé :
- A. J'ai des souvenirs douloureux que j'évite
 - B. Je culpabilise ou je ressasse
 - C. Je ressens encore de la colère ou de l'injustice
 - D. J'arrive à en faire quelque chose d'utile
5. Ce que je redoute le plus :
- A. D'être rejeté(e)
 - B. De perdre le contrôle
 - C. De ressentir mes émotions trop fortement
 - D. D'oublier qui je suis
6. Dans mes décisions importantes :
- A. Je réfléchis longuement
 - B. Je me base sur ce que les autres attendent
 - C. Je suis impulsif(ve)
 - D. Je cherche la réponse intérieurement

7. Il m'arrive de :

- A. Trop me critiquer
- B. Être très dur(e) avec moi-même
- C. Faire des choses pour ne pas ressentir
- D. Me parler avec bienveillance

8. Quand je suis très stressé(e) :

- A. Je contrôle tout à l'extrême
- B. Je suis irritable ou explosif(ve)
- C. Je mange, bois ou regarde des écrans en excès
- D. Je respire et j'essaie de revenir à moi

9. Ma façon de gérer la douleur émotionnelle :

- A. Je me ferme ou je m'isole
- B. Je la masque derrière des activités
- C. Je la nie ou je compense
- D. Je l'accueille quand je peux

10. Envers mes émotions, je suis :

- A. Méfiant(e), elles me débordent parfois
- B. Contrôlant(e), je les surveille
- C. Distant(e), je les évite
- D. Ouvert(e), je les accueille avec douceur

11. Lorsqu'une personne me critique, je :

- A. Me sens nul(le) ou humilié(e)
- B. Rentre dans un mode défensif et j'analyse tout
- C. Change rapidement de sujet ou je m'énerve
- D. Prends du recul sur ce qui est touché en moi

12. Quand je suis seul(e) trop longtemps :

- A. Je me sens abandonné(e) ou triste
- B. J'en profite pour tout organiser ou planifier
- C. Je me diverts à outrance
- D. Je me recentre et je m'écoute

13. Si je dois parler de mes émotions :

- A. Je pleure facilement ou je me bloque
- B. J'essaie de trouver une explication logique
- C. Je change de sujet ou je plaisante
- D. Je suis à l'aise, sans jugement

14. Face à un échec :

- A. Je me sens inutile ou honteux(se)
- B. Je me promets de ne plus jamais échouer
- C. J'essaie de vite oublier
- D. J'analyse ce que j'ai appris de cette expérience

15. Quand je me sens incompris(e) :

- A. J'ai envie de disparaître
- B. Je me replie dans mes pensées
- C. Je fais quelque chose pour m'anesthésier
- D. J'essaie de m'exprimer plus clairement

16. Mes pensées sont souvent :

- A. Tournées vers mes blessures ou manques
- B. Organisées, stratégiques
- C. Confuses ou dispersées
- D. Calmes et observatrices

17. Dans les conflits avec mes proches :

- A. Je me sens vite blessé(e)
- B. Je veux avoir raison ou trouver la solution
- C. Je coupe la communication
- D. Je cherche l'harmonie, quitte à temporiser

18. Quand j'ai mal agi :

- A. Je m'en veux longtemps
- B. Je justifie tout ce que j'ai fait
- C. J'essaie de ne pas y penser
- D. Je reconnais mes torts avec bienveillance

19. Mon comportement sous stress est :

- A. Hypersensible ou figé(e)
- B. Hyperactif(ve), je gère tout
- C. Impulsif(ve) ou désorganisé(e)
- D. Observateur(trice), je ralentis

20. En public, je suis souvent :

- A. Mal à l'aise ou en retrait
- B. Contrôlé(e) et vigilant(e)
- C. En représentation ou dispersé(e)
- D. Présent(e) et à l'écoute

21. Je me sens vraiment moi-même quand :

- A. Je suis avec quelqu'un qui m'aime tel que je suis
- B. J'ai le contrôle sur les choses
- C. Je suis dans l'action ou l'improvisation
- D. Je suis centré(e), même dans le silence

22. Dans mes relations :

- A. J'ai peur de l'abandon
- B. Je veille à ce que tout soit sous contrôle
- C. Je fais tout pour ne pas souffrir
- D. J'essaie d'être vrai(e) et présent(e)

23. Mes émotions fortes :

- A. M'envahissent ou me font peur
- B. Me poussent à les rationaliser
- C. Me donnent envie de fuir
- D. Me permettent d'approfondir ma compréhension

24. J'ai souvent l'impression que :

- A. Je suis cassé(e) ou pas normal(e)
- B. Je dois être parfait(e)
- C. Je dois cacher mes vrais sentiments
- D. J'ai toutes les ressources pour évoluer

25. Mon dialogue intérieur ressemble à :

- A. « Tu n'es pas assez... »
- B. « Il faut que tu fasses mieux »
- C. « On s'en fout, fais-toi plaisir »
- D. « Tu fais de ton mieux, continue »

26. Quand je suis dépassé(e) :

- A. Je pleure ou je m'effondre
- B. Je reprends les choses en main, coûte que coûte
- C. Je me jette dans une série, un jeu ou une boisson
- D. Je m'arrête et je respire profondément

27. Je ressens souvent :

- A. De la tristesse inexpiquée
- B. De la tension ou de la pression
- C. De l'agitation ou du vide
- D. De la clarté intérieure

28. Dans l'intimité émotionnelle :

- A. J'ai peur d'être blessé(e)
- B. Je garde mes distances pour me protéger
- C. Je me détourne ou je minimise
- D. Je m'ouvre à mon rythme

29. Quand je fais une erreur :

- A. Je me sens nul(le)
- B. Je tente de réparer vite
- C. Je fais comme si de rien n'était
- D. Je reconnais, j'apprends

30. Mon énergie change quand :

- A. Je repense à des blessures
- B. Je dois gérer l'imprévu
- C. Je suis ennuyé(e) ou frustré(e)
- D. Je me reconnecte à moi

31. Je me sens vulnérable quand :

- A. Quelqu'un me voit pleurer
- B. Je perds le contrôle
- C. On me demande d'être vrai(e)
- D. Je m'autorise à ressentir

32. Ma plus grande force est :

- A. Ma sensibilité
- B. Ma capacité à organiser
- C. Mon adaptabilité rapide
- D. Ma conscience de moi

33. Dans l'imprévu, je :

- A. Me fige ou panique
- B. Essaie de tout planifier
- C. Réagis à l'instinct
- D. Observe et j'agis avec discernement

34. Quand je ressens de la peur :

- A. Je me cache ou je m'effondre
- B. Je lutte pour la maîtriser
- C. Je la nie ou je l'étouffe
- D. Je l'écoute pour comprendre son message

35. Je ressens une paix intérieure quand :

- A. Je suis aimé(e) sans condition
- B. J'ai tout bien fait
- C. Je suis dans l'oubli de moi
- D. Je suis aligné(e) avec mes valeurs

36. Mon enfance m'a laissé(e) :

- A. Des blessures encore présentes
- B. Un fort besoin de contrôler les choses
- C. Une envie de tout fuir
- D. Une quête de compréhension et d'intégration

37. Mon perfectionnisme vient de :

- A. Peur d'être jugé(e)
- B. Besoin de bien faire
- C. Fuir mes doutes
- D. Désir d'exprimer le meilleur de moi

38. Quand je me compare aux autres :

- A. Je me sens inférieur(e)
- B. Je veux être meilleur(e)
- C. J'évite de penser à ça
- D. J'essaie de m'en détacher

39. Je prends soin de moi quand :

- A. J'ai le temps et que je me sens digne
- B. Je l'intègre dans un planning
- C. J'ai été au bout de mes limites
- D. Je m'écoute régulièrement

40. Quand je suis seul(e) avec moi-même :

- A. Des émotions remontent
- B. Je pense à mes tâches
- C. Je cherche à m'occuper vite
- D. Je me connecte à ce que je ressens

41. Je gère mes besoins en :

- A. Les niant souvent
- B. Les organisant
- C. Les fuyant
- D. Les accueillant

42. Je suis particulièrement touché(e) par :

- A. Le rejet ou l'abandon
- B. L'échec ou l'incompétence
- C. L'ennui ou la frustration
- D. L'authenticité

43. Quand quelqu'un pleure :

- A. J'ai envie de pleurer aussi
- B. Je me demande quoi faire pour aider
- C. Je change de sujet
- D. Je reste simplement là, à l'écoute

44. Face à une décision difficile :

- A. Je doute, je crains de mal faire
- B. Je fais des listes ou des plans
- C. Je procrastine
- D. J'écoute mon intuition profonde

45. En situation de panique :

- A. Je perds mes moyens
- B. Je cherche immédiatement à contrôler
- C. Je me jette sur quelque chose pour me distraire
- D. Je respire et j'essaie d'observer

46. Mes réactions sont souvent dictées par :

- A. Mes blessures passées
- B. Mes objectifs
- C. Mes envies immédiates
- D. Mes valeurs

47. Je m'empêche parfois :

- A. De ressentir
- B. De lâcher prise
- C. De me poser
- D. De m'écouter vraiment

48. Le jugement des autres me fait :

- A. Me sentir indigne
- B. M'améliorer coûte que coûte
- C. Faire semblant
- D. M'interroger, sans me perdre

49. Ma colère est souvent :

- A. Refoulée
- B. Maîtrisée
- C. Explosive
- D. Un signal à explorer

50. Mon regard sur moi aujourd'hui est :

- A. Dur, souvent teinté de honte
- B. Exigeant mais constructif
- C. Changeant, selon mon humeur
- D. Bienveillant, même avec mes limites

Système de notation : Identifier vos personnalités dominantes

Chaque réponse correspond à un **type de personnalité** :

- **A. Part exilée** : souvent blessée, sensible, en retrait
- **B. Part protectrice/manager** : contrôle, perfectionnisme, critique
- **C. Part pompier** : comportement d'évitement ou de compensation (addictions, distraction)
- **D. Soi ou part centrée** : calme, lucide, compatissante

Barème :

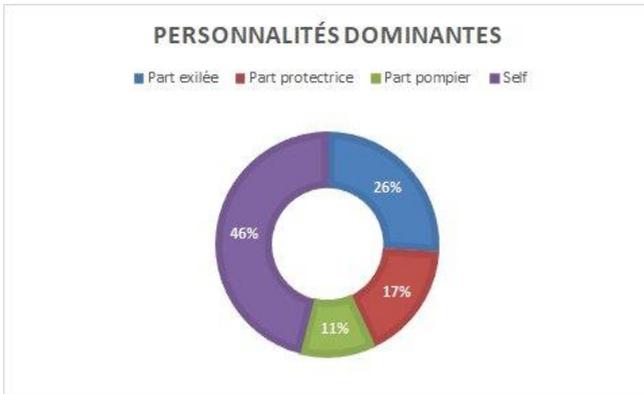
- Comptez le nombre de fois que vous avez coché A, B, C et D. *(Les réponses uniques comptent 2 points. En cas de réponse double, attribuez 1 point par lettre).*
- Vous obtenez un total pour chaque type de part, avec un total général de 100 points, donc exprimé en %.

A : _____% B : _____% C : _____% D : _____%

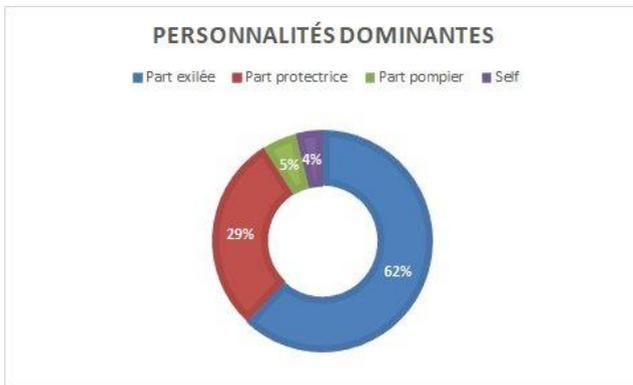
Interprétations :

- A dominant → Certaines blessures anciennes sont encore très sensibles et influentes.
- B dominant → Votre besoin de contrôle ou de protection est fort, peut-être au détriment du relâchement.
- C dominant → Vous utilisez beaucoup de stratégies d'évitement pour ne pas souffrir.
- D dominant → Vous avez un bon accès à votre Soi, apaisé et centré.

Exemple de personnalités plutôt « équilibrées » :



Exemple de personnalités plutôt « dissociées » :



Transmettez vos résultats des 3 questionnaires à contact@resilience-therapy.fr pour obtenir une analyse et un bilan détaillé.

Chapitre 16

Mise en pratique conjointe :

études de cas croisés entre quotients et personnalités intégrées

Après avoir exploré les fondements conceptuels de **Résilience Therapy**, il est temps d'en illustrer l'usage concret et clinique. Ce chapitre vise à montrer comment les résultats de l'auto-évaluation des quotients peuvent être croisés avec l'analyse du système de personnalités intégrées, afin de :

- Comprendre les dynamiques internes d'un individu ;
 - Identifier les sources de blocages, de répétitions ou de déséquilibres ;
 - Orienter la stratégie thérapeutique de manière fine et personnalisée.
-

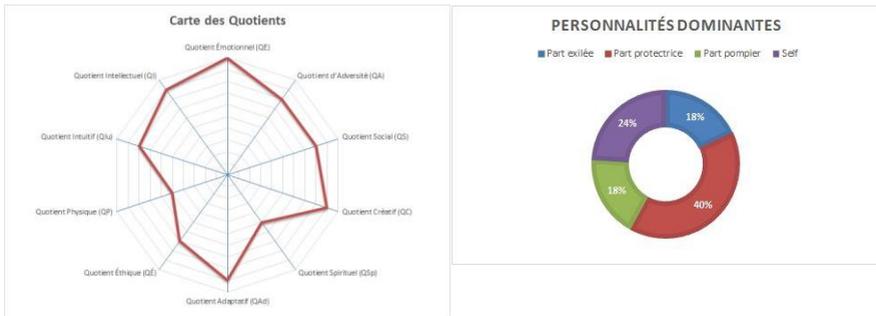
Voici 3 exemples de **fiches de synthèse** pour mieux cerner l'intérêt d'une analyse croisée des Quotients et des parts IFS.

Approche *Résilience Therapy*

Analyse croisée Quotients & Parts

Etude de cas N°31 : Jean-Jacques

Sapeur-Pompier, 52 ans.



Analyse croisée & pistes thérapeutiques

Carte des quotients

Quotient Score Lecture rapide

Émotionnel (QE) 10 Très grande sensibilité émotionnelle, empathie fine, mais risque de surcharge affective.

Adversité (QA) 8 Grande résilience, capacité à faire face aux épreuves, solidité intérieure.

Quotient	Score	Lecture rapide
Social (QS)	8	Facilité de contact, engagement relationnel fort, bonne gestion des interactions.
Créatif (QC)	9	Pensée fluide, imagination vive, vision originale. Idéal pour une pratique thérapeutique.
Spirituel (QSp)	5	Recherche spirituelle modérée, quête de sens présente mais sans dogmatisme.
Adaptatif (QAd)	9	Forte capacité de rebond, agilité psychologique et comportementale.
Éthique (QÉ)	7	Valeurs claires, engagement moral, avec une certaine souplesse.
Physique (QP)	5	Ressources corporelles moyennes, attention à la fatigue ou aux signaux du corps.
Intuitif (Qlu)	8	Excellente connexion à l'intuition, discernement intérieur très développé.
Intellectuel (QI)	9	Raisonnement rapide, esprit structuré, culture solide. Bonne capacité de métacognition.

Lecture croisée : Profil très équilibré, avec des forces dominantes en **intelligence émotionnelle, intellectuelle, créative et adaptative**, ce qui en fait un praticien capable d'aborder des situations complexes avec discernement et humanité. Les domaines à renforcer : **ancrage corporel (QP)** et **dimension spirituelle (QSp)**, en lien possible avec certaines zones de tension intérieure.

Partie IFS	Pourcentage	Analyse
Part exilée	18 %	Présence modérée d'anciens traumatismes ou douleurs non résolues, possiblement liées à l'histoire affective (famille, séparation, abandon, deuil).
Part protectrice	40 %	Part très dominante : mécanismes de contrôle, d'analyse, de rationalisation ou de sur-responsabilité. Cela peut entraver l'accès à certaines émotions plus profondes.
Part pompier	18 %	Réactions de défense ou de fuite bien présentes (activité, humour, isolement émotionnel). Cohérent avec un vécu de sapeur-pompier.
Self (Soi)	24 %	Bonne connexion au Self, mais à renforcer. L'équilibre actuel est fragile : les protecteurs prennent souvent le dessus.

Lecture intégrée : Le **Self est présent mais parfois masqué** par une suractivation des **protecteurs**, ce qui est fréquent chez les professionnels de l'aide d'urgence ayant un passé dans l'action (pompier, humanitaire). Les parts exilées sont contenues, mais nécessitent d'être reconnues et libérées en douceur. Le potentiel de croissance est immense si le Self prend un rôle plus central.

Recommandations thérapeutiques – Résilience Therapy

1 **Renforcement du Self** : développer les temps de reconnexion intérieure (DTMA-H, méditation sous hypnose, recentrage somatique).

2 **Apaisement des parts protectrices** : les honorer pour leur fonction, tout en leur proposant de lâcher progressivement le contrôle.

3 **Travail sur les parts exilées** : accompagner avec douceur les blessures affectives anciennes (abandon, loyauté familiale, culpabilité).

4 **Reconnexion corporelle (QP)** : favoriser les pratiques de pleine conscience corporelle, de respiration, ou d'activité physique lente (yoga, marche consciente).

5 **Exploration du QSp (spirituel)** : si Jean-Jacques le souhaite, ouvrir un espace de sens plus large, non religieux, pour nourrir l'âme et accompagner les transitions de vie.

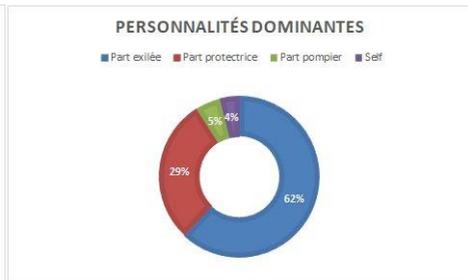
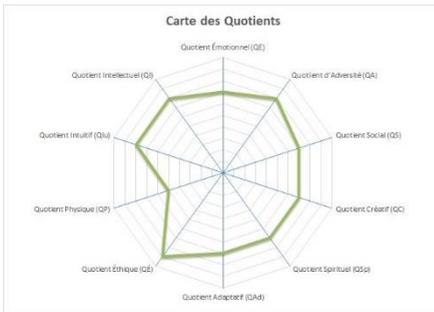
Conclusion : Jean-Jacques incarne un **profil résilient, puissant et sensible**, à la croisée de la mission, de la réflexion et de la transformation. Il porte en lui une richesse intérieure exceptionnelle, avec une structure psychique solide, bien que parfois surprotégée. Son parcours de vie en fait un secouriste profondément humain. La **DTMA-H** est tout indiquée pour accompagner son travail personnel, en réintégrant les parts exilées à son système intérieur dans un climat de sécurité et de réparation.

Approche *Résilience Therapy*

Analyse croisée Quotients & Parts

Etude de cas N°17 : Juliette

Employée de banque, 28 ans.



Analyse croisée & pistes thérapeutiques

Juliette présente un **profil hautement sensible**, marqué par un **quotient émotionnel, social, créatif, spirituel et adaptatif équilibré (7)**. Son quotient d'adversité élevé (8) indique une bonne capacité de résilience face aux épreuves, mais cette compétence semble sollicitée de manière excessive, ce qui pourrait indiquer un vécu traumatique intense ou récurrent.

Le **quotient éthique très élevé (9)** révèle une personnalité dotée de fortes valeurs morales, probablement tournée vers les autres, parfois même au détriment de ses propres besoins. Son **quotient physique (5)** est le plus bas du profil, ce qui pourrait révéler une faible connexion au corps, une fatigue chronique ou une dissociation somatique fréquente (souvent rencontrée dans les cas de TSPT).

Le système de parts montre une **prévalence inquiétante de la part exilée (62 %)**, ce qui est révélateur de **blessures profondes non intégrées**. Le Self (4 %) étant très peu présent, cela suggère que Juliette a actuellement **peu d'accès à son centre de conscience apaisé**, ce qui limite ses ressources d'auto-régulation.

La part protectrice (29 %) est bien installée, ce qui témoigne d'une forte volonté de contrôle, de maîtrise ou de performance (en lien possible avec son haut QI intellectuel et éthique). La part pompier (5 %) étant peu présente, on peut penser que les mécanismes d'évitement (addictions, crises, impulsivité) ne sont pas dominants, ou bien fortement inhibés.

Recommandations thérapeutiques – Résilience Therapy

1. **Utiliser la DTMA-H** : Associer dès les premières séances la stimulation bilatérale asymétrique (auditive) avec hypnose pour **réduire la dominance des parts exilées et renforcer le Self**.
2. **Réintégrer le corps** : Travailler sur le quotient physique par des pratiques corporelles douces (respiration, ancrage somatique, relaxation progressive), car **l'ancrage corporel est la clé de l'intégration émotionnelle**.
3. **Réactiver les ressources existantes** : Le haut niveau d'intuition, d'intellect, d'éthique et de résilience peut être mobilisé **en réassociant ces forces à un sentiment de sécurité**.

4. **Travail sur la part protectrice** : Reconnaître la fonction de protection, mais amener progressivement cette part à faire confiance au Self, via des **techniques de dialogue intérieur** (type IFS) et de reparentage.
5. **Objectif thérapeutique principal : Augmenter le Self actif** à plus de 30 % afin de rétablir l'équilibre intérieur, apaiser les exils et permettre un fonctionnement plus harmonieux et autonome.

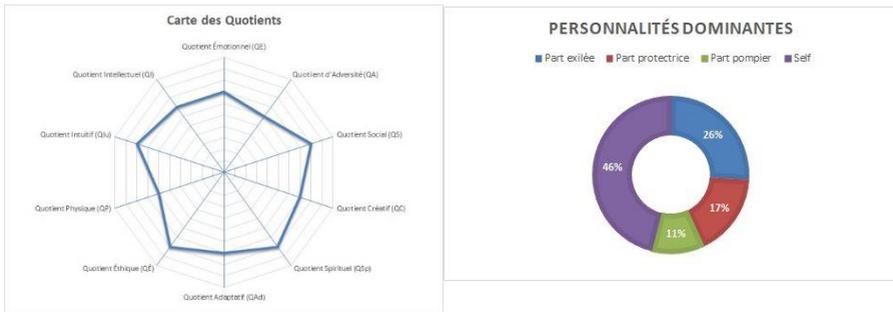
Conclusion : Juliette est une personne sensible, lucide, intuitive, avec un grand potentiel d'évolution. Son système intérieur est encore largement gouverné par des blessures non résolues. Grâce à la **Résilience Therapy**, elle pourra progressivement restaurer l'accès à son Self, se reconnecter à son corps et à ses ressources profondes, et transformer durablement son vécu traumatique en chemin de croissance.

Approche *Résilience Therapy*

Analyse croisée Quotients & Parts

Etude de cas N°56 : Alice

Infirmière, 46 ans.



Analyse croisée & pistes thérapeutiques

Le profil d'Alice révèle une **femme équilibrée et consciente**, disposant de ressources multiples. Son **Self très présent (46 %)** constitue un atout précieux pour l'intégration des émotions, la gestion des parts, et le soutien des autres, ce qui est cohérent avec son métier d'infirmière et son engagement dans les soins.

Les quotients **émotionnel, social, spirituel, éthique et intuitif** sont tous élevés (7–8), ce qui indique une **profonde maturité intérieure**, une **grande empathie**, et une **connexion subtile à l'invisible ou à l'énergétique**, typique des soignants intuitifs.

Le **quotient d'adversité (6)**, un peu en retrait, suggère qu'Alice a vécu des épreuves mais qu'elle les a majoritairement traversées, probablement avec des outils de transformation personnelle. Elle a su développer une **résilience douce**, reposant davantage sur le lien à soi et à l'autre que sur la combativité.

Le **quotient physique (6)** indique un rapport correct au corps, mais peut révéler des besoins d'ancrage supplémentaires (notamment si elle est souvent dans le subtil ou l'accompagnement des autres).

Le système IFS est équilibré :

- **26 % de part exilée** : des blessures encore présentes mais **modérées**, probablement déjà accompagnées ou traitées partiellement.
- **17 % de part protectrice** : un bon niveau de conscience de soi, sans excès de contrôle.
- **11 % de part pompier** : présence faible, mais à surveiller en cas de fatigue ou surcharge, notamment dans les rôles familiaux et professionnels.

Recommandations thérapeutiques – Résilience Therapy

1 **Accompagner l'intégration complète des parts exilées** : utiliser des approches douces comme la **PBA**, la **Sophrologie**, ou le **dialogue intérieur IFS** pour apaiser les mémoires anciennes qui restent actives en fond.

2 **Renforcer le corps comme lieu d'incarnation du Self** : techniques de recentrage corporel, Qi Gong, cohérence cardiaque, massage énergétique.

3 **Prévenir la fatigue compassionnelle** : poser des limites claires dans les accompagnements et dans la sphère familiale. Alice semble très engagée, ce qui peut créer une forme d'usure invisible.

4 **Continuer à nourrir la dimension spirituelle et intuitive** : la qualité de présence et de perception fine d'Alice est un point d'appui à préserver pour elle-même et pour ses proches.

Conclusion : Alice est une femme centrée, rayonnante, en chemin depuis longtemps. Elle dispose d'un Self actif qui lui permet d'accompagner autrui tout en continuant à évoluer intérieurement. Quelques parts exilées subsistent mais peuvent facilement être intégrées grâce à un travail en douceur. Son profil est un exemple de résilience en maturité : une présence lucide, apaisée et inspirante.

Grille de lecture croisée : exemples de pistes d'interprétation

Croisement Quotient / Part	Hypothèse thérapeutique
QI haut + manager intellectuel	Rationalisation défensive
QE bas + exilée blessée	Refoulement émotionnel
QSp élevé + pompier mystique	Dissociation spirituelle
QA bas + part figée traumatique	Paralysie adaptative
QS faible + protecteur méfiant	Difficulté d'attachement
QP bas + exil du corps	Dissociation somatique

Enjeux thérapeutiques de l'approche croisée

- **Mieux comprendre les incohérences apparentes** : une personne "brillante" peut souffrir intérieurement, car ses quotients masquent la détresse d'une part exilée.
 - **Révéler les parts silencieuses** : certains profils équilibrés dissimulent des parts exclues ou non reconnues (notamment chez les "bons consultants").
 - **Personnaliser la stratégie de soin** : la combinaison des quotients et des personnalités intégrées permet une cartographie unique détaillée pour chaque individu.
-

L'analyse croisée de la carte des quotients et des personnalités intégrées ouvre un nouveau champ d'exploration de l'humain. Ce travail subtil de mise en lumière permet une approche thérapeutique personnalisée, dynamique et respectueuse des rythmes internes de chacun. La lecture d'une seule grille peut parfois masquer des réalités.

Chapitre 17

L'hypnose thérapeutique : une porte d'accès à l'inconscient

L'hypnose, ce mot à la fois fascinant et inquiétant pour certains, traîne encore dans l'imaginaire collectif une série de clichés hérités des spectacles de magie et des émissions de divertissement. Combien de personnes pensent encore qu'un hypnotiseur peut vous faire « dormir » d'un claquement de doigts et vous faire faire des choses contre votre volonté ? Cette vision, bien qu'alimentée par des décennies de spectacles, est très éloignée de la réalité de l'hypnose thérapeutique.

Il est temps de rétablir la vérité. L'hypnose thérapeutique n'a rien à voir avec l'hypnose de spectacle. Elle n'est ni manipulation, ni perte de contrôle, ni magie. Elle est un outil thérapeutique puissant, fondé sur des bases neuroscientifiques, permettant d'accéder à un état de conscience modifié, où la communication avec l'inconscient devient possible.

Un état naturel et accessible à tous

Contrairement à ce que l'on croit souvent, l'état hypnotique est un état naturel que nous expérimentons tous au quotidien. Lorsque vous êtes absorbé par un film, plongé dans vos pensées pendant un trajet en voiture, ou suspendu à une musique qui vous transporte ailleurs, vous êtes déjà dans un état de conscience modifié. L'hypnose thérapeutique exploite cet état particulier pour créer une fenêtre

d'accès privilégiée à l'inconscient, avec l'objectif d'y semer des suggestions positives, réparatrices, orientées vers le changement.

Pendant une séance d'hypnose, le consultant n'est pas endormi. Bien au contraire : il est pleinement conscient, à la fois détendu et concentré, dans un état d'hyper-lucidité intérieure. Il entend tout, peut interrompre la séance à tout moment, et conserve toujours son libre arbitre. L'hypnose n'est donc pas une perte de contrôle, mais un outil de reconquête de soi.

Une communication directe avec l'amygdale

L'un des intérêts majeurs de l'hypnose thérapeutique est sa capacité à dialoguer directement avec l'amygdale, cette structure du cerveau limbique qui joue un rôle central dans la gestion des émotions, et notamment de la peur. L'amygdale fonctionne de manière non verbale, ce qui explique pourquoi des approches purement cognitives, logiques ou rationnelles échouent parfois à la calmer ou à la « reprogrammer ». C'est là qu'intervient l'utilité des métaphores, des images mentales, des suggestions symboliques : elles parlent le langage de l'amygdale.

En créant un univers imaginaire, poétique, rassurant ou structurant, l'hypnothérapeute utilise des images qui vont toucher directement les zones émotionnelles profondes du cerveau. Ces images sont ensuite interprétées par l'amygdale comme des signaux de sécurité, de transformation ou de libération. Cela permet, par exemple, de désensibiliser une mémoire traumatique, de modifier une croyance limitante, ou d'apaiser une angoisse persistante.

La réceptivité à l'hypnose : un potentiel partagé

Une autre idée reçue est que seules certaines personnes « très suggestibles » peuvent être hypnotisées. En réalité, les études montrent que près de 70 % de la population est « normalement réceptive » à l'hypnose. Cela signifie qu'une induction – c'est-à-dire le processus d'entrée en transe hypnotique – peut prendre entre 10 et 15 minutes, le temps que le cerveau lâche les résistances conscientes et entre progressivement dans un état modifié.

Les 30 % restants sont qualifiés d'« hyper-réceptifs » : chez eux, la transe s'installe en quelques secondes ou minutes. Ces personnes ont une facilité naturelle à se dissocier du réel, à visualiser, à s'immerger dans l'imaginaire. Mais cela ne veut pas dire que les autres sont « non réceptifs ». Il s'agit simplement d'une différence de rythme d'entrée en hypnose.

Il est également important de noter qu'une mauvaise expérience ou une méconnaissance de la méthode peut créer une résistance. C'est pourquoi un cadre sécurisant, une alliance thérapeutique solide et une bonne préparation à la séance sont essentiels. L'hypnose n'est pas une technique imposée, mais une co-création entre le praticien et le consultant.

L'hypnose au service de la résilience

Dans le cadre d'un accompagnement psychothérapeutique, l'hypnose trouve toute sa place. Elle permet de travailler à un niveau profond, là où les traumatismes ont laissé leur empreinte émotionnelle. En désactivant les déclencheurs émotionnels liés à une mémoire douloureuse, en restaurant une sécurité intérieure, en renforçant les

ressources personnelles, l'hypnose participe activement au processus de résilience.

Associée à d'autres outils comme la thérapie des parts (IFS), la carte des quotients ou encore la DTMA-H (Désensibilisation des Traumatismes par les Mouvements Alternatifs sous Hypnose), l'hypnose devient un levier thérapeutique essentiel. Elle permet d'ouvrir un dialogue avec l'inconscient, d'en libérer les blocages et de réécrire des scénarios de vie plus apaisés.

Loin des clichés, l'hypnose thérapeutique est un art subtil, respectueux de l'humain, au service de la transformation intérieure.

Chapitre 18

Les stimulations bilatérales : une clé d'intégration cérébrale

Les stimulations bilatérales sont au cœur de nombreuses approches thérapeutiques modernes fondées sur les neurosciences. Utilisées notamment dans les techniques de désensibilisation des traumatismes comme l'EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing), ces stimulations permettent d'activer un mécanisme naturel du cerveau : le traitement adaptatif de l'information. En d'autres termes, elles facilitent le travail d'intégration entre les différentes zones cérébrales, permettant une digestion émotionnelle plus fluide, en particulier lors de traumatismes ou de blocages émotionnels.

Une découverte issue de l'observation clinique

C'est à la fin des années 1980 que la psychologue Francine Shapiro observe, presque par hasard, que ses propres mouvements oculaires atténuent la charge émotionnelle d'un souvenir difficile. Elle développe alors l'EMDR, une méthode qui associe la reviviscence contrôlée d'un souvenir traumatique avec des **mouvements bilatéraux alternés** des yeux, des sons ou des stimulations tactiles (tapotements alternés).

Depuis, les effets de ces stimulations bilatérales ont été largement étudiés par les neurosciences, et validés par de nombreuses recherches cliniques. On sait aujourd'hui qu'elles favorisent une meilleure **communication inter-hémisphérique**, c'est-à-dire entre

l'hémisphère gauche (rationnel, analytique, langage) et l'hémisphère droit (émotionnel, intuitif, imagé). Elles agissent aussi sur l'amygdale, siège des peurs et des réactions émotionnelles intenses, en contribuant à sa désactivation lorsque celle-ci est en hyperactivité.

Comment agissent les stimulations bilatérales ?

Lorsque nous vivons un choc ou un événement traumatisant, certaines informations restent « bloquées » dans le cerveau émotionnel, notamment dans l'amygdale et l'hippocampe. Ces souvenirs ne sont pas correctement traités, ce qui les rend envahissants : flashbacks, cauchemars, anxiété, hypersensibilité émotionnelle... C'est comme si une boucle restait ouverte, incapable de se refermer.

Les stimulations bilatérales alternées (visuelles, auditives ou kinesthésiques) agissent comme un **métaboliseur cérébral** : elles permettent au cerveau de retraiter l'information traumatique et de la relier à d'autres réseaux de mémoire plus apaisés, intégrés. Ce processus d'intégration se fait sans avoir nécessairement à verbaliser ou revivre le trauma dans ses moindres détails. Le consultant reste généralement conscient, dans un état de concentration intérieure profonde, parfois proche de l'état hypnotique.

Les recherches en neuro-imagerie montrent que sous l'effet de ces stimulations :

- l'amygdale diminue son activité,
- le cortex préfrontal reprend le contrôle cognitif,
- l'hippocampe participe à la re-contextualisation du souvenir.

Autrement dit, le cerveau transforme progressivement un souvenir figé en une mémoire intégrée, digérée, libérée de sa charge émotionnelle toxique.

Des formes variées et adaptables

Il existe plusieurs formes de stimulations bilatérales :

- **Oculaires** : le consultant suit des mouvements horizontaux de gauche à droite, guidés par le thérapeute.
- **Auditives** : des sons alternés (par exemple, des bips doux) sont diffusés dans chaque oreille à tour de rôle.
- **Tactiles** : des tapotements alternés sont appliqués sur les genoux, les mains, ou par l'intermédiaire de petits boîtiers vibrants.

Chaque personne réagit différemment. Certains préfèrent les stimulations visuelles, d'autres se sentent plus à l'aise avec les sons ou les stimulations tactiles. L'essentiel est de maintenir une alternance rythmée, bilatérale, permettant d'activer les deux hémisphères du cerveau de manière coordonnée.

Une activation des ressources internes

Au-delà du traitement des traumatismes, les stimulations bilatérales peuvent aussi être utilisées pour **renforcer les ressources internes** d'une personne : confiance, sécurité, estime de soi, capacités d'adaptation. En associant une image ou une sensation positive à ces stimulations, on renforce leur ancrage dans le système nerveux. C'est pourquoi elles sont très utiles dans les protocoles de stabilisation émotionnelle, de préparation mentale, ou d'accompagnement au changement.

Un outil puissant, intégré à la Résilience Therapy

Dans le cadre de **Résilience Therapy**, les stimulations bilatérales sont utilisées de manière stratégique, en complément de l'hypnose, de la carte des quotients et de la thérapie des parts (IFS). Elles permettent d'agir directement sur la mémoire émotionnelle, en engageant des circuits neurologiques profonds, sans passer uniquement par le mental ou le langage.

Combinées à un état hypnotique, les stimulations bilatérales décuplent leur efficacité. Elles offrent alors une synergie thérapeutique remarquable : l'imaginaire mobilisé par l'hypnose entre en résonance avec l'intégration neurologique facilitée par les stimulations alternées. C'est sur cette alliance que repose la méthode DTMA-H.

Chapitre 19

Protocole thérapeutique : la DTMA-H

la désensibilisation multi-sensorielle sous hypnose

Introduction au protocole

Le protocole de soin DTMA-H développé par *Résilience Therapy* repose sur une approche intégrative qui allie la carte des quotients, les personnalités intégrées (modèle IFS) et un protocole de désensibilisation multi-sensorielle des traumatismes : la DTMA-H (Désensibilisation et Traitement par les Mouvements Alternatifs sous hypnose).

Inspirée par l'EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing), la DTMA s'en distingue par son ouverture à plusieurs canaux sensoriels (visuel, auditif, kinesthésique et psychique), afin de respecter l'unicité de chaque sujet et de faciliter l'accès aux mémoires traumatiques les plus enfouies.

Les avancées en neurosciences ont démontré que la **stimulation bilatérale alternée** — qu'elle soit oculaire, auditive, kinesthésique ou psychique — joue un rôle significatif dans le traitement des traumatismes. Cette stimulation active alternativement les deux hémisphères cérébraux, facilitant ainsi le retraitement des souvenirs traumatiques et contribuant à une diminution des réponses émotionnelles négatives associées.

La **Désensibilisation des Traumatismes par les Mouvements Alternatifs sous Hypnose (DTMA-H)** combine les effets bénéfiques de l'hypnose avec la puissance de la stimulation bilatérale alternée. L'hypnose induit un état de conscience modifié, favorisant l'accès à l'inconscient et permettant une exploration en profondeur des souvenirs et des émotions. Associée aux mouvements alternatifs, cette approche crée des connexions renforcées entre le conscient et l'inconscient, optimisant le processus thérapeutique. Ainsi, la DTMA-H offre une méthode efficace pour traiter les personnes souffrant de troubles de stress post-traumatique (TSPT), en réduisant la charge émotionnelle des souvenirs douloureux et en facilitant leur intégration adaptative.

1. Évaluation et préparation du terrain thérapeutique

Avant toute désensibilisation, il est essentiel de :

- **Établir un climat de confiance** avec les parts protectrices du consultant ;
- **Analyser la carte des quotients** pour repérer les zones de fragilité et de ressources ;
- **Identifier les parts dominantes** et les exilées (via le questionnaire page 123) ;
- **Préparer une ressource sécurisante** (image mentale, son, toucher, mot-clé) qui servira de point d'ancrage durant les phases de traitement.

« Pour qu'un souvenir douloureux puisse émerger, il faut qu'un refuge soit préalablement disponible. » – Principe fondamental de **Résilience Therapy**

2. Stabilisation psycho-sensorielle

Objectif : **aider le consultant à se réguler émotionnellement** et à se reconnecter à ses sensations corporelles.

Techniques utilisées :

- **Ancrage corporel** (respiration consciente, tension/détente musculaire)
- **Stimulation bilatérale auditive** (sons alternés au casque)
- **Création d'un "lieu ressource" intérieur**, activé par un geste, un mot ou un son
- **Travail avec les parts protectrices** pour assurer leur accord

Durée : 2 à 5 séances selon le profil et les résistances.

3. Ciblage de l'expérience traumatique

Une fois la sécurité émotionnelle installée, on passe à l'étape de ciblage :

- Choix d'un souvenir-cible ou d'une **sensation "traceur"** (flash, émotion, douleur)
- **Cartographie des perceptions associées** (visuelles, sonores, corporelles, émotionnelles, cognitives)
- Repérage de la part blessée ou de l'exil associé
- **Mise en place d'un dialogue intérieur** pour préparer le traitement

4. Désensibilisation multi-sensorielle (DTMA)

Le cœur du protocole.

Les canaux sollicités :

Canal	Méthode	Objectif
Oculaire	Mouvements alternatifs gauche/droite (visuels)	Activation du traitement adaptatif de l'information
Auditif	Sons alternés au casque	Stimuler les hémisphères cérébraux de façon rythmée
Kinesthésique	Tapotements alternés sur les genoux ou les mains	Renforcer l'intégration corporelle de l'expérience
Psychique	Visualisation guidée des parts / scènes réparatrices	Activer les ressources internes du système IFS

Le thérapeute accompagne le consultant en adaptant les stimulations selon la sensibilité dominante de celui-ci. Le rythme et la durée des séries sont personnalisés.

5. Installation de ressources réparatrices

Une fois la charge émotionnelle désensibilisée :

- **Intégration de la part blessée dans le Self (IFS)**
- Création ou consolidation d'une **image réparatrice** (ex. : l'enfant intérieur protégé par un adulte bienveillant)
- Renforcement des **quotients faibles mobilisés** pendant le trauma (ex : QP si dissociation corporelle, QE si débordement émotionnel)

6. Bilan et consolidation

Les dernières séances sont dédiées à :

- Évaluer la **réduction des symptômes post-traumatiques**
- Explorer les **changements dans le système de personnalités**
- Observer l'évolution de la **carte des quotients**
- Mettre en place des **rituels d'ancrage durable** (ex. : carnet de ressources, objet symbolique, routine corporelle)

Exemple d'accompagnement (extrait)

Sarah, 29 ans, victime d'un accident de la route à 12 ans.

- Exilée : part de 12 ans tétanisée dans l'habitacle
- Protecteur : hyper-vigilance permanente
- Quotients faibles : QP (2/10), QA (3/10)

Après 8 séances de DTMA-H, Sarah a pu "sortir" la part de 12 ans du véhicule en visualisation, l'accueillir dans un espace paisible, et retrouver un sentiment de sécurité corporelle grâce à un ancrage kinesthésique. Son QA est passé à 6, et son QP à 5.

Conclusion

La désensibilisation multi-sensorielle sous hypnose (DTMA-H) proposée par **Résilience Therapy** est un protocole à la fois structuré et adaptable. Il intègre les spécificités cognitives, émotionnelles et corporelles de chaque sujet, tout en s'appuyant sur le système interne de parts et la cartographie des quotients.

Ce modèle ouvre la voie à une thérapie profonde, respectueuse, et durable, en redonnant du pouvoir au sujet sur son propre système intérieur.

Chapitre 20

Synthèse et conclusion

Une approche intégrative et personnalisée

Résilience Therapy est née d'un constat simple : il n'existe pas une seule manière d'être humain. Chaque individu est un système complexe, constitué d'une pluralité de personnalités internes, évoluant dans un équilibre toujours en mouvement, et disposant de ressources inégales dans différents domaines de son être.

C'est pourquoi cette méthode ne propose pas un traitement standardisé mais une approche intégrative sur mesure qui combine :

- Une cartographie des ressources et vulnérabilités à travers les 10 quotients (QI, QE, QAd, QA, QP, QS, QC, QSp, Qé, Qlu),
- Une lecture intra-psychique des personnalités internes à travers le modèle IFS (Internal Family System),
- Une stratégie de désensibilisation des traumatismes multi-sensorielle sous hypnose (DTMA-H),
- Et une vision humaniste du soin, dans laquelle l'alliance thérapeutique et la co-construction du processus sont centrales.

La force du croisement entre les quotients et les parts

L'une des originalités de **Résilience Therapy** repose sur le croisement entre la carte des quotients et le système de personnalités intégrées. Cette articulation permet de :

- Comprendre quels quotients dominent certaines parts internes (ex : une part protectrice très intellectuelle avec un QI fort mais un QE faible),
- Détecter les déséquilibres entre les différentes zones de l'être (ex : spiritualité très développée mais grande détresse émotionnelle),
- Orienter les priorités thérapeutiques : renforcer les quotients faibles, écouter les parts en souffrance, réconcilier les polarités internes.

Cela ouvre un champ immense de possibilités thérapeutiques, et une finesse d'analyse rarement égalée.

L'humain comme système vivant et résilient

En s'appuyant sur les travaux de Boris Cyrulnik, **Résilience Therapy** rappelle que la blessure n'empêche pas la croissance. Mieux encore : c'est souvent à travers la blessure que le processus de transformation s'amorce.

« Ce n'est pas parce qu'on a été brisé qu'on est condamné à rester cassé. »

— Boris Cyrulnik

Et en rejoignant les travaux de Richard Schwartz, nous comprenons que le système intérieur d'une personne n'est jamais pathologique en soi. Même les comportements les plus extrêmes ont une logique de protection. Le rôle du thérapeute n'est pas de juger ni de corriger, mais d'aider à écouter et à apaiser les parts en souffrance, pour permettre au *Soi* de retrouver sa place de guide bienveillant.

La relation thérapeutique, soutenue par la neuroplasticité

Les avancées récentes en neurosciences viennent conforter cette approche humaine de la résilience. Comme l'explique Norman Doidge dans son ouvrage « *The Brain That Changes Itself* », le cerveau humain possède une capacité remarquable à se réorganiser tout au long de la vie. Ce phénomène, appelé **neuroplasticité**, montre que même après des traumatismes lourds, les circuits neuronaux endommagés peuvent être réparés ou compensés grâce à de nouvelles expériences émotionnelles, sensorielles et relationnelles.

Loin d'être figé dans ses blessures, le cerveau peut, sous certaines conditions — notamment celles d'une relation empathique, sécurisante et structurante —, créer de nouveaux chemins neuronaux porteurs d'apaisement et d'intégration. Ainsi, la parole, la présence, la reconnaissance émotionnelle et le travail thérapeutique proposés par **Résilience Therapy** sont de véritables **actes de reconstruction neuronale**, offrant au sujet une possibilité concrète de transformation profonde et durable.

Vers une nouvelle génération de soins psychiques

Avec *Résilience Therapy*, nous proposons une nouvelle voie de thérapie du XXI^e siècle, qui conjugue :

- les acquis de la psychologie clinique et des neurosciences,
- la complexité de la psyché humaine (avec ses parts, ses blessures, ses forces),
- l'importance de la subjectivité, de l'écoute et de la personnalisation,
- et le rôle fondamental de la relation thérapeutique dans tout processus de transformation.

C'est une thérapie incarnée, vivante, en évolution constante, qui s'adapte à la singularité de chacun.

Dernier mot au lecteur

Cher lecteur, si vous êtes thérapeute, nous espérons que cette approche vous aura inspiré et peut-être donné des clés nouvelles pour enrichir votre pratique. N'hésitez pas à prendre contact avec l'auteur pour approfondir les discussions sur ce sujet éminemment porteur d'espoir

Si vous êtes en quête de mieux-être, ou engagé(e) dans un parcours de soin, nous souhaitons que ces outils vous aident à **vous rencontrer davantage**, à faire la paix avec vos parts blessées, et à **réactiver en vous la force de la résilience**.

Vous n'êtes pas seul(e).

Vous êtes complexe.

Et vous êtes unique.

Croyez en vous.

Chapitre 21

Un mot sur l'auteur : Eric Breteau

Un parcours de résilience au service de la vôtre

À près de 55 ans, Eric Breteau met au service des autres un parcours de vie hors du commun, tissé de missions de sauvetage, d'expériences extrêmes et de blessures profondes, mais aussi de résilience, de reconstruction et de transformation.

Pendant plus de quinze ans, il a exercé comme sapeur-pompier, ambulancier SMUR, secouriste de la Protection Civile et humanitaire engagé dans des contextes de crise majeurs à travers le monde. Il est intervenu sur des terrains ravagés par les pires catastrophes : le tsunami en Indonésie, des tremblements de terre meurtriers, une éruption volcanique, des naufrages, un crash aérien... Des situations où la vie et la mort se frôlent, où l'urgence devient le quotidien, et où chaque geste compte.

Mais c'est aussi son vécu personnel qui a forgé l'homme qu'il est aujourd'hui : une enfance marquée par la maltraitance, des épreuves militaires rudes, une agression, une arrestation et un emprisonnement injuste dans le cadre d'une opération humanitaire avortée par l'Etat, une tentative de lynchage, un simulacre d'exécution, un lynchage médiatique d'une rare violence, des menaces de mort répétées, et un acharnement judiciaire qui aura duré plus de 17 ans dans le seul but de le briser.

L'affaire de *L'Arche de Zoé*, tristement célèbre, marquera un tournant abrupt dans sa vie : plus qu'un scandale politico-médiatique, ce fut une descente aux enfers pour lui. Incarcéré, humilié, abandonné par les institutions, il en ressortira blessé mais vivant, décidé à ne pas laisser cette tragédie définir le reste de sa vie. Ce fut le point de départ d'un chemin vers la résilience.

De cette traversée de l'impensable, Eric n'a pas seulement tiré un livre-témoignage (*L'impensable injustice*) mais aussi une vocation. Il choisit de se former à la psychothérapie, à l'hypnose et aux techniques de désensibilisation des traumatismes (DTMA), afin de venir en aide à celles et ceux que les chocs de la vie ont laissés en miettes.

Il fonde alors ***Résilience Therapy***, une approche thérapeutique intégrative, profondément humaine, dédiée au traitement du stress post-traumatique. Il propose un protocole exclusif, un accompagnement personnalisé et un espace sécurisant pour permettre à chacun de panser ses blessures invisibles, de restaurer son intégrité émotionnelle et de se reconstruire.

Aujourd'hui, son expertise est nourrie autant par ses connaissances que par ses cicatrices. Il ne propose pas des solutions toutes faites, mais un chemin — celui qu'il a lui-même parcouru — pour retrouver la lumière après la tempête. Il est convaincu que la résilience n'est pas un état, mais un choix renouvelé chaque jour : celui de ne pas céder à l'obscurité.

Avant de refermer ce livre, répondez de nouveau à quelques petites questions d'auto-évaluation, sur une échelle de 1 à 10 :

Dans votre vie actuelle, êtes-vous stressé(e) ?

(1 : pas du tout stressé(e) – 10 : complètement stressé(e))

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ressentez-vous parfois de la peur ?

(1 : pas du tout – 10 : très souvent)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pensez-vous être une bonne personne ?

(1 : non, pas du tout – 10 : oui, carrément)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Avez-vous été exposé(e) à des traumatismes ?

(1 : pas du tout – 10 : très souvent)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Aimez-vous la personne que vous êtes aujourd'hui ?

(1 : pas du tout – 10 : passionnément)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Comparez vos réponses avec celles de la page 5 !

*La guérison commence le jour où l'on cesse de
faire ses blessures pour enfin les écouter.*

Notes :