

GUIDE DE PSYCHOÉDUCATION · CPTSD

Comprendre le trauma complexe

— ce que les approches
mainstream ne disent pas

Par

Fati S. Andaloussi

Ingénieure · Accompagnatrice en santé mentale

Psychopraticienne · Trauma-informée

Pair-aidante en troubles anxieux, TOC et traumatismes complexes

@healing.is.the.new.black

hitnb.therapie@gmail.com · healingisthenewblack.fr

© Fati S. Andaloussi — Tous droits réservés — Usage personnel uniquement

Ce guide est une œuvre de psychoéducation personnelle.

Il ne remplace pas un suivi thérapeutique adapté.

Le trauma complexe se travaille en relation.

Prends soin de toi en le lisant.

Tu peux t'arrêter, revenir, sauter des sections.

Ce guide ne te demande rien.

Table des matières

Introduction	03
PARTIE 1 — Ce qu'est vraiment le trauma complexe	
1.1 — Le CPTSD n'est pas un PTSD « en plus grave »	05
1.2 — Les 4 dimensions du CPTSD	07
1.3 — Pourquoi il ressemble à autre chose	11
1.4 — Ce n'est pas une question de volonté	13
PARTIE 2 — Les 6 axes de travail	
Axe 1 — Stabilisation du système nerveux	17
Axe 2 — Comprendre les adaptations de survie	22
Axe 3 — Travail sur les souvenirs traumatiques	27
Axe 4 — Le système d'attachement	34
Axe 5 — L'image de soi et la honte	41
Axe 6 — Les conséquences dans le présent	48
PARTIE 3 — Choisir et évaluer son accompagnement	54
Conclusion — Ton chemin t'appartient	60
Annexe 1 — Glossaire	63
Annexe 2 — Ressources recommandées	66

Les numéros de page sont indicatifs et peuvent légèrement varier selon l'assemblage final du document.

BIENVENUE

Introduction

Il y a des choses qu'on n'apprend pas dans les livres de psychologie grand public. Des choses qu'on ne te dit pas forcément en consultation. Des choses qui auraient pu changer quelque chose si tu les avais sues plus tôt.

Ce guide est fait pour ça.

Je m'appelle Fati. Je suis psychopraticienne, pair-aidante en troubles anxieux, TOC et traumatismes complexes, et case manager en santé mentale. Mais avant d'être tout ça — ou plutôt, en même temps que tout ça — je vis avec un trouble de stress post-traumatique complexe.

Je parle du trauma complexe avec deux casquettes. Celle qui accompagne. Et celle qui a dû apprendre, de l'intérieur, ce que ça fait de traverser ça. Ce que ça fait de chercher de l'aide dans un système qui ne comprend pas toujours ce qu'il traite. Ce que ça fait d'entendre des explications qui ne correspondent pas à ce qu'on vit. Ce que ça fait de douter de soi parce que les outils qu'on nous donne ne fonctionnent pas comme prévu.

Ce guide, c'est ce que j'aurais voulu avoir.

Ce que tu vas trouver ici

- Une psychoéducation honnête sur le CPTSD — pas édulcorée, pas simplifiée à l'excès, pas déconnectée de la réalité vécue.
- Une exploration des 6 grands axes de travail que le rétablissement implique réellement.
- Des outils pratiques pour chaque axe — pas des exercices copiés-collés d'un manuel, mais des outils que j'utilise, que j'ai expérimentés, et que je propose dans mon travail.
- Et une réflexion sur ce que signifie choisir un accompagnement qui te convient vraiment.

Ce que ce guide n'est pas

Ce guide n'est pas un substitut à un suivi thérapeutique. Le trauma complexe se travaille en relation — et aucun PDF, aussi bien construit soit-il, ne peut remplacer ça. Ce guide ne te dira pas quoi faire, ni dans quel ordre. Il ne te promettra pas de guérison rapide, parce que ça n'existe pas, et je refuse de te mentir là-dessus.

Ce qu'il peut faire, c'est t'aider à comprendre ce qui se passe en toi. À nommer ce que tu vis. À sortir de la confusion et de la culpabilité qui accompagnent souvent le CPTSD. À savoir ce que tu es en droit d'exiger d'un accompagnement. Et à avancer — à ton rythme, sans te formater.

→ Suite page suivante

Une note sur les approches mainstream

Le titre de ce guide n'est pas anodin. Les approches mainstream du trauma — celles qu'on enseigne en premier, celles qu'on prescrit en masse, celles qui promettent des résultats en X séances — ne sont pas mauvaises en soi. Certaines sont même validées scientifiquement et réellement utiles.

Le problème, c'est leur application mécanique à des personnes qui vivent avec un trauma complexe, sans comprendre ce que ça implique vraiment. Sans prendre en compte la dissociation. Sans stabilisation préalable. Sans attention à la relation thérapeutique. Sans reconnaître que le trauma complexe implique le corps, l'histoire, et les liens — pas seulement les pensées.

Ce guide te donne les clés pour comprendre pourquoi. Et pour ne plus douter de toi quand quelque chose ne fonctionne pas comme prévu.

Comment lire ce guide

Tu n'es pas obligé·e de le lire d'une traite. Tu n'es pas obligé·e de faire tous les exercices. Tu peux revenir sur certaines sections, en sauter d'autres, t'arrêter quand c'est trop. Le trauma complexe ne se travaille pas en mode productiviste — et ce guide non plus. Prends ce qui te parle. Laisse le reste pour plus tard. Et si quelque chose remue quelque chose de difficile en toi, c'est normal. Prends soin de toi.

Les bulles dans ce guide



Bulle clinique

Données de recherche
et contexte scientifique



Bulle pair-aidance

Témoignage personnel
de Fati



Outil pratique

Exercice avec espace
pour écrire

PARTIE 1

1.1

Le CPTSD n'est pas un PTSD « en plus grave »

Si tu as cherché des informations sur le trauma complexe, tu es probablement tombé-e sur des explications qui le présentent comme une version « aggravée » du PTSD classique. Plus de symptômes, plus intense, plus difficile à traiter. Fin de l'explication.

Ce n'est pas faux. Mais c'est très incomplet. Et cette incompréhension a des conséquences réelles sur la façon dont les gens sont — ou ne sont pas — accompagnés.

Le PTSD classique se développe généralement après un événement traumatique délimité dans le temps : un accident, une agression, une catastrophe naturelle. Il y a un avant et un après identifiables. Le système nerveux a été débordé par quelque chose de précis, et il continue de réagir comme si ce quelque chose était encore présent.

Le CPTSD, lui, se développe différemment. Il est le produit d'expositions **répétées, prolongées, souvent relationnelles** — et souvent commencées tôt dans la vie. Ce n'est pas un événement qui a débordé le système nerveux. C'est un environnement entier, pendant une période entière, qui n'a pas permis au système nerveux de se développer en sécurité.

C'est une différence fondamentale. Pas de degré — de nature.

□ Bulle clinique

Le CPTSD (Complex Post-Traumatic Stress Disorder) a été officiellement reconnu dans la CIM-11 (Classification Internationale des Maladies, 11ème révision) en 2018 — une reconnaissance qui a mis des décennies à arriver. Il se distingue du PTSD par trois dimensions supplémentaires : la dysrégulation émotionnelle persistante, les perturbations de l'identité et de l'image de soi, et les difficultés relationnelles chroniques.

À noter : le DSM-5 (le manuel américain de référence) ne reconnaît toujours pas le CPTSD comme entité distincte. Ce qui signifie que beaucoup de professionnel·les formé·es sur cette base ne font pas la distinction — avec des conséquences directes sur les diagnostics posés et les traitements proposés.

Ce que ça change concrètement, c'est énorme. Une personne avec un PTSD classique peut souvent bénéficier d'un protocole de traitement relativement structuré — on travaille sur l'événement, on traite le souvenir, on réduit la réponse de peur.

Une personne avec un CPTSD n'a souvent pas « un événement » à traiter. Elle a une histoire entière. Un système nerveux qui n'a jamais appris ce qu'est la sécurité. Une image d'elle-même construite dans un environnement qui la niait ou la mettait en danger. Des patterns relationnels forgés par des expériences répétées d'insécurité.

Appliquer un protocole de traitement du PTSD classique à quelqu'un qui vit avec un CPTSD sans comprendre cette différence, c'est souvent au mieux inefficace — et au pire, déstabilisant.

□ Bulle pair-aidance

Quand je suis tombée en dépression à 19 ans et que j'ai commencé une thérapie qui m'a vraiment aidée, j'ai assez vite vu que ce que j'avais vécu avec mes parents n'était pas « normal ».

Là où ça a été plus complexe, c'est ailleurs. Il n'y avait pas un événement à raconter. Pas de scène évidente à montrer pour justifier. C'était des dynamiques, des répétitions, quelque chose de relationnel et d'installé dans le temps. Et ça, c'est beaucoup plus difficile à saisir — et à faire reconnaître, y compris par soi-même.

Mon trauma ne venait pas d'un choc isolé. Il venait d'un environnement. D'une atmosphère qui m'a façonnée en profondeur, même sans « preuve » spectaculaire.

Et comprendre ça m'a aidée à arrêter de minimiser ce que je portais.

Ce que tu trouveras dans ce guide s'appuie sur la compréhension du CPTSD comme une expérience distincte — pas un PTSD aggravé, pas un problème de personnalité, pas un manque de volonté. Un système nerveux qui a fait ce qu'il pouvait avec ce qu'il avait. Et qui peut apprendre autre chose.

→ *Suite page suivante*

PARTIE 1

1.2

Les 4 dimensions du CPTSD

Le CPTSD ne se résume pas à « plus de symptômes ». Il a une architecture spécifique — quatre dimensions qui s'interpénètrent et qui, ensemble, expliquent pourquoi vivre avec un trauma complexe ressemble à ce que ça ressemble.

Comprendre ces quatre dimensions, c'est souvent le premier moment où les choses commencent à faire sens. Où on arrête de se demander ce qu'on a, et où on commence à comprendre pourquoi on fonctionne comme on fonctionne.

Dimension 1 — Les symptômes classiques du PTSD

Reviviscences, évitement, hypervigilance. Ces trois mots reviennent souvent quand on parle de trauma — et ils sont bien présents dans le CPTSD. Les reviviscences, ce sont ces moments où le passé fait irruption dans le présent : flashbacks, cauchemars, sensations physiques soudaines qui n'ont pas l'air d'appartenir à maintenant. L'évitement, c'est tout ce qu'on fait — consciemment ou non — pour ne pas se retrouver en contact avec ce qui rappelle le trauma. Et l'hypervigilance, c'est ce système d'alarme interne qui ne s'éteint jamais vraiment, qui scanne en permanence l'environnement à la recherche d'un danger.

Ce qui distingue ces symptômes dans le CPTSD, c'est souvent leur caractère diffus. Il n'y a pas forcément « une scène » qui revient. C'est plus une ambiance, une atmosphère, un état du corps qui se réactive sans qu'on sache toujours pourquoi.

Dimension 2 — La dysrégulation émotionnelle persistante

La capacité à réguler ses émotions ne s'apprend pas seul.e. Elle s'apprend dans la relation — quand un adulte stable vient nommer, contenir, apaiser. C'est ce qu'on appelle la **co-régulation**. Quand cet environnement n'est pas là, le système nerveux ne développe pas cette capacité. Et à l'âge adulte, ça ressemble à deux profils opposés qui viennent pourtant du même endroit.

Le premier : l'explosion. Les émotions arrivent fort, vite, de façon qui semble disproportionnée. Une remarque anodine déclenche une colère intense. Une légère déception produit un effondrement. Ce n'est pas de l'instabilité de caractère — c'est un système nerveux qui n'a jamais appris à moduler.

Le deuxième : l'anesthésie. Plus rien ne passe vraiment. On fonctionne, on avance, mais on ne ressent pas. Ce n'est pas de la froideur — c'est un système nerveux qui a appris que ressentir était trop dangereux.

Beaucoup de personnes avec un CPTSD oscillent entre ces deux états, parfois dans la même journée. L'explosion et l'anesthésie ne sont pas des opposés. Ce sont deux visages de la même dysrégulation.

□ Bulle clinique

La théorie polyvagale de Stephen Porges éclaire ce mécanisme : un système nerveux qui a grandi sans sécurité relationnelle développe une fenêtre de tolérance très étroite. En dehors de cette zone, on bascule soit en hyperactivation (explosion, réactivité intense) soit en hypoactivation (anesthésie, dissociation). Le travail thérapeutique vise en grande partie à élargir cette fenêtre — progressivement, en sécurité, jamais par la force.

Dimension 3 — L'image de soi négative durable

Quand on grandit dans un environnement où ses besoins sont invalidés ou ignorés, on ne remet pas en question l'environnement — on est un enfant, on dépend de cet environnement pour survivre. Alors on retourne la responsabilité contre soi. « *Je suis trop.* » « *Je mérite ça.* » « *Il y a quelque chose qui cloche en moi.* »

Ce n'est pas un choix. C'est une adaptation. Et ces croyances s'installent profondément — pas comme des pensées qu'on peut identifier et corriger, mais comme des certitudes inscrites dans le corps et les réflexes.

Elles s'accompagnent presque toujours de **honte**. Pas la culpabilité — « j'ai fait quelque chose de mal. » La honte — « je suis quelque chose de mal. » Un état chronique, diffus, qui se nomme rarement « honte » et se déguise plutôt en perfectionnisme, besoin de contrôle, difficulté à recevoir, sentiment permanent de ne jamais être assez.

Et on ne dissout pas cette honte en changeant ses pensées. Elle vient du corps, de l'histoire, de la relation. C'est là qu'elle se travaille.

□ Bulle clinique

La recherche distingue la honte externe (peur d'être jugé·e) de la honte interne (conviction d'être fondamentalement défectueux·se). Dans le CPTSD, c'est majoritairement la honte interne qui est en jeu — et elle constitue l'un des obstacles les plus importants au travail thérapeutique. Les approches basées uniquement sur la restructuration cognitive montrent des limites importantes sur ce point. Les approches qui travaillent via la relation, le corps et la compassion — comme la CFT ou certains protocoles de thérapie des schémas — montrent des résultats plus solides.

→ Suite page suivante

Dimension 4 — Les difficultés relationnelles chroniques

Le trauma complexe est souvent un trauma **relationnel** — il s'est construit dans les liens. Il se rejoue donc naturellement dans les liens. Attachement anxieux ou évitant, difficulté à faire confiance, tendance à surinvestir ou à se retirer, peur intense de l'abandon ou de l'engloutissement, patterns qui se répètent malgré soi.

Ce n'est pas un « problème de communication » qu'on résout en apprenant à mieux s'exprimer. C'est le système nerveux qui rejoue ce qu'il connaît, dans l'espoir inconscient que ça se passe différemment cette fois.

□ Bulle clinique

Ces quatre dimensions forment ce que la CIM-11 appelle le CPTSD. Les trois premières — dysrégulation émotionnelle, image de soi négative, difficultés relationnelles — constituent ce qu'on appelle les « perturbations de l'organisation du self » (DESNOS dans certaines littératures). C'est précisément leur présence qui distingue le CPTSD du PTSD classique, et qui explique pourquoi les protocoles de traitement conçus pour le PTSD ne suffisent pas.

La recherche montre également que ces quatre dimensions s'alimentent mutuellement : la dysrégulation émotionnelle renforce l'image de soi négative, qui elle-même complique les relations, qui elles-mêmes réactivent les symptômes traumatiques. C'est pourquoi le travail sur le CPTSD ne peut pas se faire dimension par dimension, dans un ordre linéaire — il doit tenir compte de l'ensemble.

□ Bulle pair-aidance

Pendant longtemps, je n'avais pas l'impression d'avoir « un problème relationnel » au sens large. J'avais confiance en moi dans mes liens, j'étais entourée, et je travaillais déjà sur ce qui coïncait — ces moments où, dès qu'une relation devenait officielle, quelque chose switchait en moi et je devenais très réactive. Mais globalement, ma vie tenait.

La vraie rupture, elle est arrivée plus tard — au moment où le CPTSD était déjà bien là. Quand j'ai réalisé à quel point je surdonnais partout, et à quel point, en face, il n'y avait pas grand-chose. Quand j'ai commencé à me retirer, à poser des limites, beaucoup de liens se sont simplement... éteints. Et là, quelque chose s'est effondré à l'intérieur.

C'est là que j'ai compris que ce n'était pas juste des « dynamiques à améliorer ». C'était beaucoup plus profond, beaucoup plus installé — et que ça touchait à ma façon même d'exister dans le lien.

PARTIE 1

1.3

Pourquoi il ressemble à autre chose

Le CPTSD est probablement l'une des réalités psychologiques les plus mal identifiées. Pas parce qu'elle est rare — mais parce qu'elle se déguise bien. Et parce que les professionnel·les qui n'y sont pas formé·es ne savent pas toujours ce qu'ils·elles regardent.

Voilà ce à quoi le CPTSD ressemble souvent — et ce qu'on diagnostique à la place.

- **Le trouble dépressif récurrent.** L'image de soi négative, l'anesthésie émotionnelle, le sentiment de vide, la fatigue chronique — tout ça ressemble à une dépression. Et souvent, il y a effectivement une dépression. Mais traiter uniquement la dépression sans comprendre le trauma qui la sous-tend, c'est traiter le symptôme sans toucher la cause.
- **Le trouble anxieux généralisé.** L'hypervigilance permanente, les ruminations, l'anticipation constante du danger — ça ressemble à de l'anxiété. Et là encore, l'anxiété est bien présente. Mais son origine traumatique change fondamentalement ce dont elle a besoin pour se résorber.
- **Le trouble de la personnalité borderline.** C'est probablement la confusion diagnostique la plus fréquente — et la plus lourde de conséquences. La dysrégulation émotionnelle, les difficultés relationnelles, l'instabilité de l'image de soi — ces caractéristiques se retrouvent dans les deux tableaux. Mais le TPB et le CPTSD ne sont pas la même chose, et les confondre peut orienter vers des prises en charge inadaptées.
- **Le burnout.** Épuisement profond, incapacité à fonctionner, effondrement — quand ces symptômes apparaissent à l'âge adulte chez quelqu'un qui « fonctionnait bien jusqu'ici », on diagnostique souvent un burnout. Ce n'est pas faux. Mais ce burnout est parfois le point de décompensation d'un CPTSD qui attendait depuis des années.

Ce dernier point mérite qu'on s'y arrête.

Le CPTSD ne se déclare pas toujours tôt. Il peut rester sous le seuil de détection pendant des années — parfois des décennies — avant de se manifester avec toute sa force. Ce n'est pas parce que le trauma n'était pas là. C'est parce que le système nerveux avait trouvé des façons de compenser, de tenir, de fonctionner malgré tout.

Tant que certaines conditions sont réunies — un environnement prévisible, des mécanismes de compensation qui tiennent, une vie qui « roule » — le système peut maintenir une forme de stabilité apparente. Mais quand ces conditions changent, quand le surdon s'épuise, quand on commence à poser des limites, quand une transition de vie majeure vient tout bousculer — ce qui était contenu remonte.

Ce n'est pas un effondrement. C'est une **décompensation différée**. Et paradoxalement, elle arrive souvent au moment où le système nerveux commence enfin à sentir qu'il peut se permettre de lâcher ce qu'il portait depuis longtemps.

□ Bulle clinique

La confusion diagnostique autour du CPTSD a des conséquences réelles sur les parcours de soin. Une étude publiée dans le *European Journal of Psychotraumatology* (Cloitre et al., 2013) a montré que le CPTSD et le PTSD classique présentent des profils symptomatiques distincts qui nécessitent des approches thérapeutiques différenciées. Le fait que le DSM-5 ne reconnaisse toujours pas le CPTSD comme entité distincte contribue à maintenir ces confusions.

Sur la décompensation différée : le corps garde la trace des expériences traumatiques même quand le fonctionnement apparent est préservé. Bessel van der Kolk dans « Le corps n'oublie rien » et Pete Walker dans « Le CPTSD — de la survie à l'épanouissement » documentent tous deux ce phénomène — la façon dont le trauma peut rester enkysté pendant des années avant de remonter, souvent déclenché par un changement de contexte ou par le travail thérapeutique lui-même.

□ Bulle pair-aidance

À ce moment-là, ma vie était déjà en mouvement : reconversion professionnelle, pression financière, fatigue accumulée. Je tirais sur la corde depuis un moment sans vraiment mesurer à quel point j'étais à bout.

Et puis il y a eu un séjour de quelques jours chez mes parents au Maroc. Rien de « spectaculaire » en soi — mais quelque chose dans ce contexte a ouvert une brèche. À partir de là, j'ai commencé à basculer dans un état que je n'avais jamais connu auparavant. Un trou noir progressif, qui s'installait, s'intensifiait, et que je ne comprenais pas encore.

Avec le recul, j'ai compris que ce n'était pas ce séjour qui « créait » quelque chose de nouveau. C'était un ensemble de facteurs — stress, fatigue, surcharge — qui avaient rendu impossible de continuer à contenir ce qui était déjà là depuis longtemps.

Le corps peut tenir. Fonctionner en surface. Et puis, quand certaines conditions s'alignent, ce qui n'a pas été traité finit par se manifester. Pas parce que quelque chose s'est cassé. Parce que ça ne pouvait plus attendre.

PARTIE 1

1.4

Ce n'est pas une question de volonté

Il y a une croyance tenace autour du trauma complexe — et plus généralement autour de la santé mentale — qui fait énormément de dégâts. C'est l'idée que si ça ne va pas mieux, c'est qu'on ne fait pas assez d'efforts. Qu'on résiste. Qu'on ne veut pas vraiment guérir.

Cette croyance, elle vient de partout. De la culture ambiante qui valorise la résilience comme performance. De certaines approches thérapeutiques qui placent le changement uniquement dans les mains de la personne. De l'entourage qui dit « tu devrais juste passer à autre chose. » Et parfois — peut-être le plus douloureux — de soi-même.

Mais voilà ce que le trauma complexe nous apprend quand on le comprend vraiment : le rétablissement ne suit pas des étapes. Il ne progresse pas de façon linéaire. Et il ne répond pas à la volonté de la même façon qu'on apprend une nouvelle langue ou qu'on se met au sport.

Parce que ce dont on parle, ce n'est pas un problème de pensées à changer ou d'habitudes à adopter. C'est un système nerveux qui a appris à fonctionner d'une certaine façon pour survivre — et qui a besoin de conditions très spécifiques pour apprendre autrement. **La sécurité. La régularité. La relation. Le temps.** Des choses qu'on ne peut pas forcer.

Le rétablissement du CPTSD se travaille en couches interdépendantes. On avance sur un axe, puis on recule apparemment. On se stabilise, puis quelque chose rouvre. On pense avoir « réglé » quelque chose, et ça réapparaît sous une autre forme. Ce n'est pas un échec. C'est la nature non-linéaire d'un processus qui implique le corps, l'histoire, et les liens — pas seulement la tête.

Ce que la volonté peut faire — et ce qu'elle ne peut pas forcer

La volonté n'est pas inutile. Elle peut permettre de chercher de l'aide quand on en a la capacité. De rester dans un processus thérapeutique quand les ressources le permettent. De ne pas abandonner l'idée que les choses peuvent changer.

Mais « rester dans le processus » n'est pas toujours possible — et ce n'est pas toujours un choix. Le CPTSD peut être profondément handicapant. Il peut empêcher de travailler, d'avoir une vie stable, d'accéder aux soins. Et dans un système qui ne reconnaît pas le trauma complexe comme le handicap invisible qu'il est souvent, beaucoup de personnes se retrouvent sans ressources suffisantes pour financer un suivi continu.

Faire une pause dans un suivi thérapeutique parce qu'on n'a plus les moyens, parce qu'on est épuisé·e, parce que le contexte de vie ne le permet pas — ce n'est pas un échec. Ce n'est pas de la résistance. C'est naviguer dans un système qui ne prend pas suffisamment soin des personnes les plus vulnérables. Et se culpabiliser par-dessus ça, c'est porter deux fois le poids.

Le rétablissement a ses propres contraintes de rythme — et ces contraintes ne sont pas que psychologiques. Elles sont aussi sociales, économiques, systémiques. Les nommer, c'est refuser de réduire une réalité collective à un problème individuel de motivation.

Un horizon réel

Ce serait incomplet de parler uniquement de la complexité et des obstacles sans dire aussi ceci : un rétablissement progressif et relativement stable est possible. Pas une guérison au sens d'un retour à un état d'avant — parce qu'il n'y a pas vraiment d'« avant » dans le CPTSD. Mais une vie dans laquelle les symptômes s'allègent, dans laquelle on retrouve de la capacité, de la joie, des liens, une relation à soi-même qui n'est plus dominée par la honte et la survie.

Pete Walker, dans « *Le CPTSD — de la survie à l'épanouissement* », est très explicite là-dessus. Le titre n'est pas un mensonge marketing. Des personnes qui ont vécu avec un trauma complexe profond trouvent, avec le bon accompagnement et le bon travail, une stabilité qu'elles ne pensaient pas possible.

Ce n'est pas une promesse. Ce n'est pas universel ni linéaire. **Mais c'est réel. Et c'est important de le savoir quand on est au milieu du chemin.**

→ Suite page suivante

□ Bulle clinique

La recherche en neurosciences du trauma est claire : le changement thérapeutique dans le CPTSD passe par des processus qui ne sont pas sous contrôle volontaire conscient. La régulation du système nerveux autonome, la reconsolidation mémorielle, le remodelage des patterns d'attachement — tout ça implique des structures cérébrales dont le fonctionnement ne se modifie pas par la seule intention. C'est pourquoi les approches purement cognitives montrent des limites importantes dans le CPTSD. Le changement durable passe par le corps, la relation thérapeutique, et la répétition d'expériences correctrices dans un cadre sécurisant.

Sur le rétablissement : plusieurs études longitudinales documentent une amélioration significative et durable des symptômes du CPTSD avec des approches adaptées — notamment les thérapies phase-orientées combinant stabilisation, traitement des souvenirs traumatiques et travail relationnel. Le rétablissement complet n'est pas garanti pour tous·tes, mais la réduction substantielle des symptômes et l'amélioration de la qualité de vie sont des objectifs réalistes et documentés.

□ Bulle pair-aidance — Sur les pauses

Il y a eu des moments où j'ai dû ralentir, voire m'arrêter complètement. Pas parce que je « lâchais », mais parce que je n'avais plus les ressources — financières, émotionnelles, physiques — pour continuer comme avant.

Sur le moment, j'ai cru que je perdais du temps, que je cassais quelque chose dans mon processus. Avec le recul, je vois que ces pauses faisaient partie du soin. Que mon système avait besoin de respirer, d'intégrer, parfois juste de survivre à ce qu'il y avait autour.

Je n'ai pas recommencé à zéro après ces périodes. J'ai repris là où j'en étais, avec un peu plus de lucidité sur mes limites — et ça a compté.

□ Bulle pair-aidance — Sur le rétablissement

Depuis quelques mois, ça va mieux — mais pas d'un coup, pas de façon spectaculaire. C'est plus discret que ça.

Je me sens plus stable à l'intérieur, moins envahie, avec des retours au calme qui arrivent plus vite qu'avant. Les choses ne disparaissent pas complètement, mais elles prennent moins de place, moins longtemps.

Le travail en couches, avec une thérapeute qui comprend vraiment le trauma, a changé quelque chose de profond dans ma manière d'intégrer.

Ce que je ressens surtout, c'est moins de lutte permanente. Un peu plus d'espace, un peu plus de continuité — et ça, pour moi, c'est déjà énorme.

PARTIE 2

Les 6 axes de travail

Introduction de partie

Avant d'entrer dans le détail de chaque axe, il y a quelque chose d'important à poser.

Ces six axes ne sont pas des étapes. Pas une liste à cocher dans l'ordre. Pas un programme en six semaines.

Ils sont **interdépendants** — ce qui signifie qu'on peut travailler plusieurs d'entre eux en même temps, qu'on y revient à des moments différents du parcours, et qu'avancer sur l'un crée souvent des ouvertures sur les autres. Le travail sur l'attachement peut rouvrir quelque chose sur la honte. La stabilisation du système nerveux rend possible un travail sur les souvenirs qui était inaccessible avant. La reconstruction de l'image de soi change la façon dont on vit les relations.

Ce n'est pas linéaire. Ce n'est pas propre. Et c'est exactement pour ça que ça fonctionne — parce que le trauma complexe lui-même n'est pas linéaire.

AXE 1

Stabilisation du système nerveux

C'est le point de départ incontournable. Pas parce que c'est « la première étape d'un programme » — mais parce que sans une capacité minimale de régulation, le reste du travail n'est tout simplement pas accessible. Ou pire, il peut être déstabilisant.

Voilà ce que ça signifie concrètement : avant d'explorer les souvenirs traumatiques, avant de travailler sur la honte ou l'attachement, le système nerveux a besoin d'apprendre qu'il peut revenir à un état suffisamment calme après avoir été activé. Pas parfaitement calme — suffisamment. Cette capacité, c'est ce qu'on appelle la **régulation**.

Et dans le CPTSD, cette capacité est souvent sous-développée — non pas parce qu'on est « fragile », mais parce qu'on n'a pas eu l'environnement pour l'apprendre. La régulation s'apprend dans la relation. Quand cette relation n'était pas là, le système nerveux a fait sans.

La stabilisation, c'est donc apprendre — ou réapprendre — ce que ça fait d'être dans un état suffisamment régulé.

La psychoéducation comme premier acte de régulation

Comprendre ce qui se passe dans son système nerveux est déjà un acte régulateur.

Quand on vit avec un CPTSD sans le savoir, chaque réaction intense, chaque période de dissociation, chaque flashback émotionnel devient une preuve supplémentaire qu'on est « trop », qu'on est « instable », qu'il y a quelque chose qui cloche fondamentalement en soi. Ce récit intérieur est lui-même une source d'activation chronique.

Le jour où on comprend que cette colère qui explose vient d'un système nerveux en hyperactivation — pas d'un défaut de caractère. Que cet engourdissement est une réponse de protection — pas de la faiblesse. Que ce flashback émotionnel est une mémoire traumatique qui remonte, pas une preuve qu'on « perd la tête » — quelque chose change.

Nommer ce qu'on vit avec précision réduit l'activation que ce vécu génère. L'acte de labelliser une émotion active le cortex préfrontal et réduit l'activité de l'amygdale — c'est documenté neurologiquement.

C'est pour ça que la psychoéducation n'est pas un préambule au « vrai travail ». Elle est déjà du travail.

→ Suite page suivante

La sécurité précède l'exposition — réduire l'exposition n'est pas de l'évitement

Dans les phases les plus difficiles du CPTSD — flashbacks prolongés, levées d'amnésie traumatique, anxiété aiguë, dissociation fréquente — il peut être cliniquement juste de réduire temporairement l'exposition aux situations qui déclenchent.

Ce n'est pas de l'évitement pathologique. C'est une **mesure de stabilisation active** qui permet au système nerveux de retrouver une fenêtre de tolérance, même petite, avant de pouvoir l'élargir progressivement.

La différence entre **évitement-survie** et **évitement-résistance** est une nuance importante que beaucoup d'approches mainstream ratent. L'évitement-survie protège un système qui n'a pas encore les ressources pour traverser. L'évitement-résistance évite ce qui pourrait être traversé avec le bon cadre. Les confondre peut être réactivant et contre-productif.

Le processus ressemble plutôt à du « test and see » : identifier progressivement ce qui est traversable maintenant, développer des ressources de régulation, et élargir lentement la fenêtre — pas à pas, en sécurité, sans forcer.

□ Bulle clinique — La fenêtre de tolérance

La fenêtre de tolérance est la zone d'activation dans laquelle le système nerveux peut fonctionner de façon intégrée — ressentir sans être submergé-e, penser clairement, agir de façon choisie plutôt que réactive.

Au-dessus : l'hyperactivation. En dessous : l'hypoactivation. Dans le CPTSD, cette fenêtre est souvent très étroite. Le travail de stabilisation vise à l'élargir progressivement — pas à éliminer les activations, mais à augmenter la capacité à les traverser.

La théorie polyvagale de Stephen Porges et les travaux de Daniel Siegel : un système nerveux qui a grandi sans sécurité relationnelle stable développe une fenêtre très étroite. Le changement passe par des expériences répétées de régulation dans un cadre sécurisant — jamais par la force.

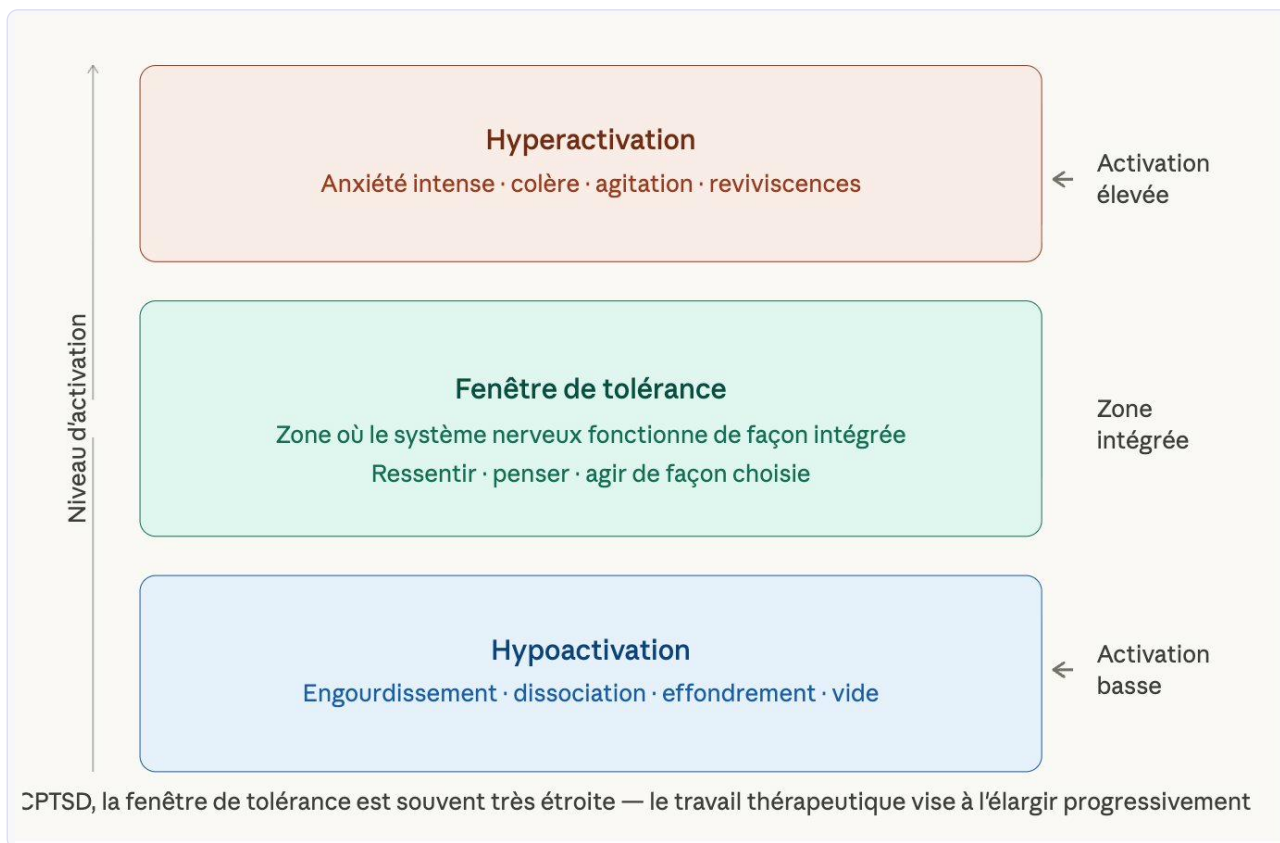


Schéma 1 — La fenêtre de tolérance

→ Suite page suivante

OUTIL PRATIQUE

Carte de stabilisation personnelle

À faire quand tu te sens suffisamment stable. Arrête si quelque chose monte.

Partie 1 — Mes déclencheurs

Note les situations, contextes, sensations ou interactions qui tendent à activer ton système nerveux.

Partie 2 — Mes signaux d'activation

Comment tu sais que ton système nerveux est activé ? Premiers signes dans le corps, les pensées, le comportement.

Partie 3 — Mes ressources de régulation

Ce qui t'aide à traverser une activation et à revenir à un état suffisamment stable.

Techniques de régulation accessibles

Note importante : ces techniques ne fonctionnent pas de la même façon pour tout le monde. Si une technique génère plus d'inconfort qu'elle n'en réduit — arrête, et note-le. C'est une information utile sur ton système, pas un échec.

1

L'ancrage par un seul input sensoriel

La technique classique 5-4-3-2-1 peut être contre-productive — notamment pour les personnes avec des hypersensibilités sensorielles. Une alternative plus organique : choisir un seul input sensoriel et s'y ancrer vraiment. La texture de ce que tu tiens dans la main. Le son le plus proche. Un seul point de contact avec le présent.

2

La tâche répétitive

Une tâche simple et répétitive — plier du linge, faire des allers-retours, gribouiller — peut permettre au cerveau de traiter et de décharger sans forcer l'attention. Ce n'est pas « se distraire » — c'est donner au système un canal de décharge accessible.

3

La respiration régulée

L'expiration longue active le système nerveux parasympathique. Inspire sur 4 temps, expire sur 6 à 8 temps. Si la respiration génère de l'anxiété — ce qui arrive dans le CPTSD — ne t'y attarde pas et passe à une autre technique.

4

La ressource imaginaire

Dans le CPTSD, les souvenirs positifs peuvent être paradoxalement déclenchants. Une alternative : l'imagination pure. Invente un lieu qui n'existe pas dans ta mémoire. Le système nerveux ne fait pas de différence nette entre ce qui est réel et imaginé — un espace sécurisant imaginaire peut activer les mêmes mécanismes de régulation.

□ Bulle pair-aidance

Au début, et pendant longtemps, je voulais comprendre, analyser, avancer vite. Mais en réalité, rien ne tenait tant que mon système nerveux était constamment débordé.

J'ai dû apprendre — vraiment apprendre — à revenir à des choses très simples : ralentir, repérer quand ça monte, créer des micro-espaces de sécurité au quotidien. Ça a aussi voulu dire arrêter de me mettre en surcharge permanente, même dans le soin.

Concrètement, ce qui m'a aidée, c'est la répétition : des petits gestes, des repères, revenir encore et encore à quelque chose de plus stable dans le corps. Je ne pars plus aussi loin, et surtout, je reviens plus facilement.

C'est à partir de là que le reste du travail a vraiment pu commencer.

AXE 2

Comprendre les adaptations de survie

Il y a une phrase qui revient souvent dans les espaces de psychoéducation autour du trauma : « *tes réactions sont des adaptations, pas des défauts.* » C'est juste. Mais pour que cette phrase change vraiment quelque chose, il faut comprendre ce qu'elle signifie concrètement — pas juste l'entendre.

Un enfant qui grandit dans un environnement insécure, imprévisible, ou menaçant ne peut pas partir. Il dépend de cet environnement pour survivre. Alors son système nerveux fait ce qu'il peut — il développe des stratégies pour naviguer dans un contexte qu'il ne peut pas changer. Ces stratégies sont brillantes. Elles sont efficaces. Et elles ont probablement sauvé quelque chose d'essentiel.

Le problème, c'est qu'elles ne s'arrêtent pas quand l'environnement change. Le corps continue de les activer — automatiquement, hors du contrôle conscient — parce que c'est ce qu'il connaît. Et à l'âge adulte, ces mêmes stratégies peuvent créer exactement les problèmes qu'elles cherchaient à éviter.

Les 4F de Pete Walker — Fight, Flight, Freeze, Fawn

Pete Walker a développé un modèle particulièrement utile pour comprendre les adaptations de survie dans le CPTSD : les quatre réponses traumatiques primaires, qu'il appelle les **4F**. Ce qui rend ce modèle précieux, c'est qu'il décrit comment ces stratégies deviennent des styles de fonctionnement entiers — des façons d'être en relation, de se positionner dans le monde, de gérer l'inconfort et le danger perçu.

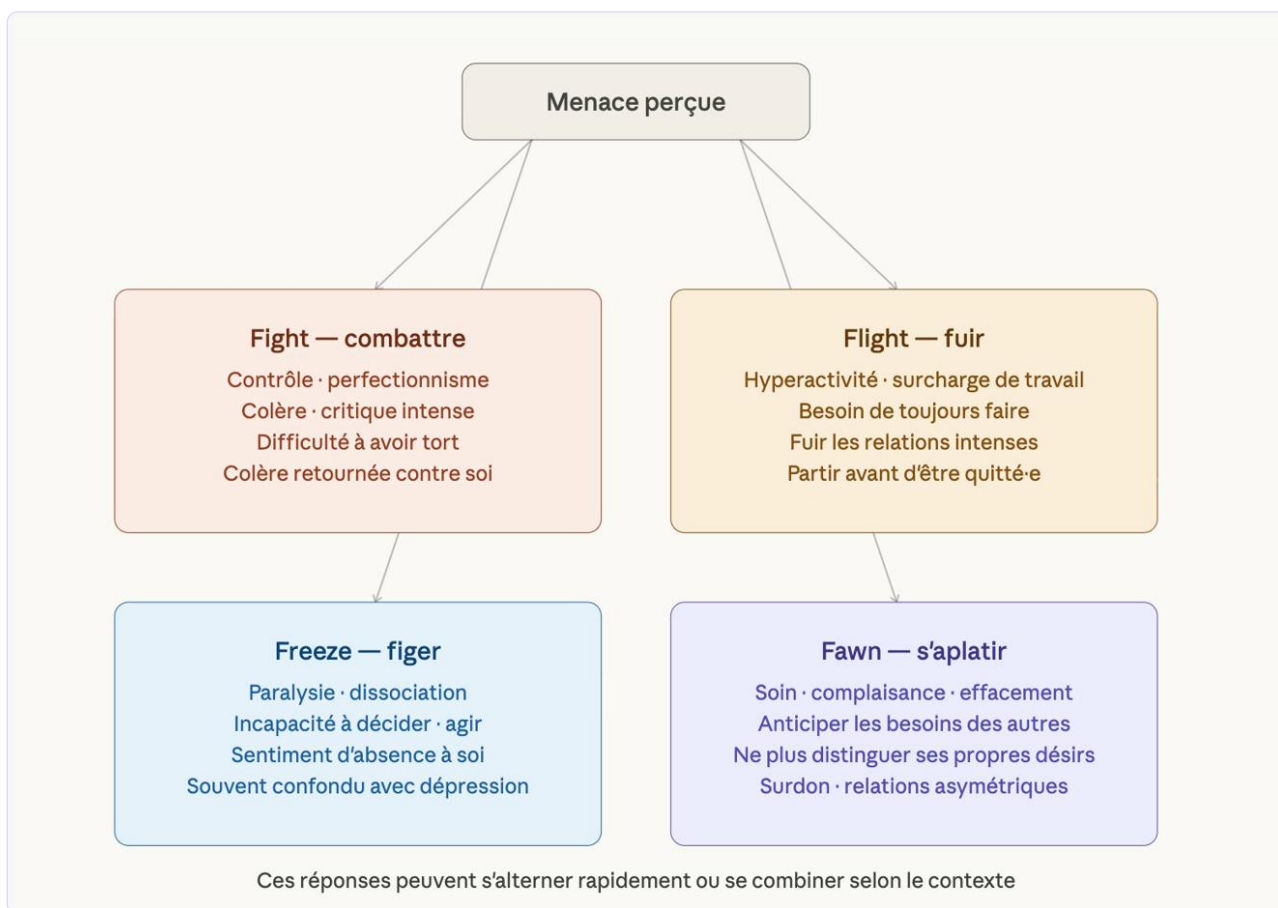


Schéma 2 — Les 4F : Fight, Flight, Freeze, Fawn

Fight — Combattre

La réponse Fight, dans le CPTSD, ne ressemble pas toujours à de la colère explosive. Elle peut ressembler à un besoin intense de contrôle, du perfectionnisme, une tendance à critiquer ou à dominer les situations avant qu'elles ne deviennent menaçantes. La colère peut aussi être retournée contre soi.

Flight — Fuir

La réponse Flight peut ressembler à une hyperactivité, un besoin de toujours « avoir quelque chose à faire », une tendance à se réfugier dans le travail ou la productivité — non pas par ambition, mais pour ne pas avoir à s'arrêter. Elle peut aussi ressembler à une tendance à fuir les relations dès qu'elles deviennent intenses.

Freeze — Figer

La réponse Freeze est souvent la moins reconnue — et la plus invalidante. Elle ressemble à une incapacité soudaine à agir, à penser clairement, à prendre des décisions. À se sentir « absent·e » de sa propre vie. Elle peut être confondue avec de la paresse ou de la dépression — alors qu'elle est une réponse neurobiologique automatique.

Fawn — S'aplatir

C'est la quatrième réponse, celle que Pete Walker a ajoutée au modèle classique. Fawn, c'est l'adaptation par le soin, la complaisance, l'effacement de soi. Apprendre très tôt que le danger se calme quand on s'occupe des besoins de l'autre — si profondément qu'on ne sait plus distinguer ce qu'on veut vraiment de ce qu'on pense devoir vouloir. Le Fawn est souvent à l'origine du surdon.

→ *Suite page suivante*

Ces réponses ne sont pas fixes — elles s'alternent

La plupart des personnes avec un CPTSD n'ont pas une seule réponse dominante stable. Elles peuvent basculer d'un F à l'autre très rapidement — parfois dans la même interaction, parfois dans la même journée.

Une situation de conflit peut d'abord déclencher du Fight, puis du Flight, puis du Freeze, puis du Fawn — le tout en quelques minutes. Ces basculements rapides peuvent être très désorientants. Identifier ses patterns dominants et commencer à reconnaître ces transitions change profondément la relation à soi-même.

Les flashbacks émotionnels — une adaptation de survie invisible

Pete Walker décrit un phénomène particulièrement important dans le CPTSD : les **flashbacks émotionnels**. Contrairement aux flashbacks classiques, les flashbacks émotionnels sont des états émotionnels intenses et soudains — une honte massive, une terreur inexplicée, une tristesse qui submerge — qui semblent appartenir au présent mais sont en réalité des mémoires traumatiques réactivées.

Ils n'ont souvent pas d'image associée. Juste un état — intense, envahissant, qui semble injustifié par rapport à ce qui se passe réellement. Et qui peut durer des heures, voire des jours.

Walker décrit également comment les flashbacks émotionnels s'inscrivent dans un **cycle d'activation** : un déclencheur active le flashback → le critique intérieur amplifie la honte → la honte intensifie l'état émotionnel → ce qui renforce le critique intérieur → et la boucle continue.

Comprendre ce cycle — et reconnaître qu'on est dans un flashback émotionnel plutôt que dans une réaction « normale » au présent — est l'une des choses les plus libératrices que la psychoéducation sur le CPTSD peut offrir.

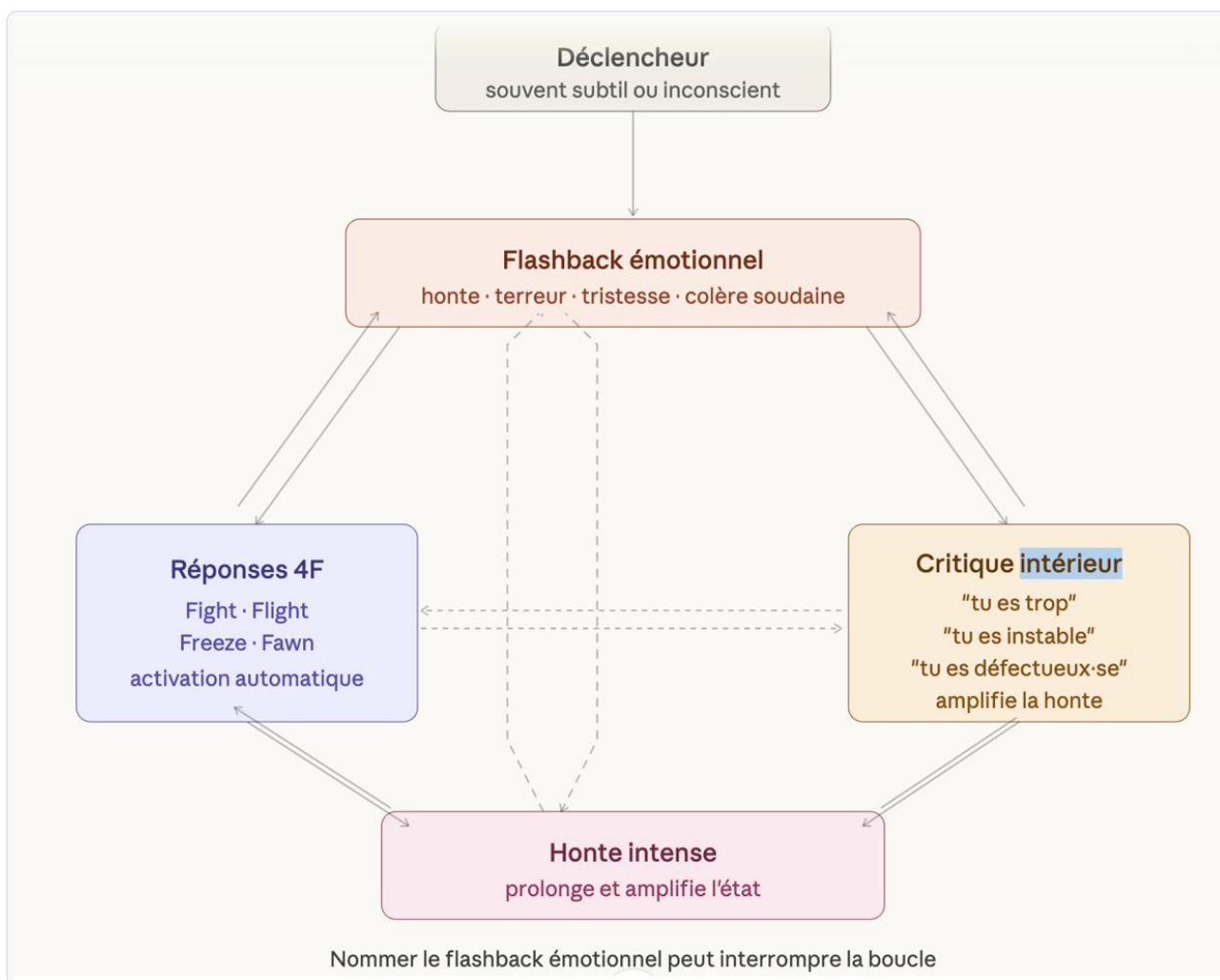


Schéma 3 — Le cycle du flashback émotionnel

□ Bulle clinique

Le modèle des 4F de Pete Walker s'inscrit dans une tradition plus large de compréhension des réponses traumatiques comme adaptations fonctionnelles. La réponse Fawn est particulièrement sous-théorisée — souvent confondue avec des traits « agréables » ou un trouble de la personnalité dépendante, alors qu'elle est une réponse traumatique spécifique.

Sur les flashbacks émotionnels : ils impliquent la réactivation d'états émotionnels associés aux expériences traumatiques passées, sans nécessairement accéder aux souvenirs explicites. Ils correspondent à la mémoire implicite — le corps « se souvient » même quand la mémoire déclarative n'a pas accès au souvenir.

Ces réponses ne sont pas des défauts de personnalité.

La colère intense, l'hypervigilance, l'attachement anxieux ou évitant, le besoin de contrôle, la tendance à s'effacer — aucune de ces choses n'est un défaut de caractère. Ce sont des adaptations à un environnement passé insécure. Elles ont eu une fonction. Comprendre ça change quelque chose dans la

façon dont on se regarde. Pas pour excuser ou justifier — mais pour arrêter de se battre contre des parties de soi qui ont fait de leur mieux avec ce qu'elles avaient.

□ Bulle pair-aidance

Pendant longtemps, je n'ai pas vu des « réponses de survie » — je voyais juste des traits de caractère. Le fait de beaucoup donner, d'anticiper les besoins des autres... pour moi, c'était juste « être quelqu'un de bien ».

Et à côté, il y avait l'autre versant. Dans certaines relations, surtout amoureuses, je pouvais devenir très réactive, comme si un interrupteur s'enclenchait. Je ne faisais pas le lien entre les deux.

Comprendre ça, ça a été un vrai tournant. J'ai arrêté de me réduire à « trop » ou « pas assez », et j'ai commencé à voir la logique derrière. Aujourd'hui, je reconnais plus vite quand je bascule — et ça me donne un peu plus de choix sur comment je réponds.

OUTIL PRATIQUE

Reconnaître ses adaptations

Avant de commencer : cet exercice peut remonter vers des contextes difficiles. Fais-le dans un état de régulation suffisante. Arrête si quelque chose monte de trop intense. Ce n'est pas un exercice à faire en période aiguë.

Partie 1 — Mes patterns dominants

En lisant les descriptions des 4F, quelles réponses te semblent les plus familières ?

Partie 2 — Dans quels contextes

Ces patterns s'activent-ils davantage dans certaines situations ? (relations intimes, travail, conflits...)

Partie 3 — Reconnaître un flashback émotionnel

Pense à une dernière fois où tu as vécu une émotion intense qui semblait disproportionnée. Ce que j'ai ressenti · ce qui a pu déclencher ça :

Partie 4 — Ce que cette adaptation protégeait

En remontant dans le temps — qu'est-ce que cette stratégie cherchait à protéger ?

Note : cette partie peut être difficile à accéder seul-e. C'est souvent un travail qui se fait en thérapie, avec le temps. Si tu ne trouves pas de réponse maintenant, laisse la question ouverte.

Ce que cette adaptation cherchait à protéger :

AXE 3

Travail sur les souvenirs traumatiques

C'est souvent l'axe dont on entend le plus parler — et paradoxalement, celui qui est le plus mal compris. Quand on pense au « travail sur le trauma », on imagine souvent qu'il s'agit de « revivre » des souvenirs douloureux pour les « surmonter ». Cette image est non seulement inexacte — elle peut être activement contre-productive si elle est appliquée sans le cadre approprié.

Oui, les souvenirs traumatiques doivent être traités. Mais **pas n'importe comment, pas n'importe quand, et pas avec n'importe qui.**

Pourquoi les souvenirs traumatiques restent « bloqués »

Dans une expérience ordinaire, le cerveau traite et intègre les événements en les contextualisant dans le temps — « c'est passé, c'est fini, ça fait partie de mon histoire. » Les souvenirs deviennent des récits cohérents qu'on peut raconter sans être submergé·e.

Dans le trauma complexe, ce processus d'intégration ne se fait pas — ou pas complètement. Parce que l'expérience traumatique a débordé les capacités du système nerveux à la traiter sur le moment. Et quand quelque chose déborde, il ne s'intègre pas — **il se fragmente.**

C'est là qu'intervient la **dissociation**. Pas au sens pathologique fort — mais comme un mécanisme de protection du système nerveux face à ce qu'il ne peut pas intégrer. Des fragments se constituent — des morceaux d'expérience qui ne sont pas reliés entre eux, pas reliés à la conscience, pas reliés au présent.

La dissociation est un **spectre** — pas un phénomène binaire. Et le degré de dissociation dépend d'une constellation de facteurs : terrain génétique, hypersensibilité, neuroatypies (TDAH, TSA, TND, Dys), ressources relationnelles disponibles, et réponses adaptatives propres à chaque système nerveux. Il n'y a pas d'équation simple.

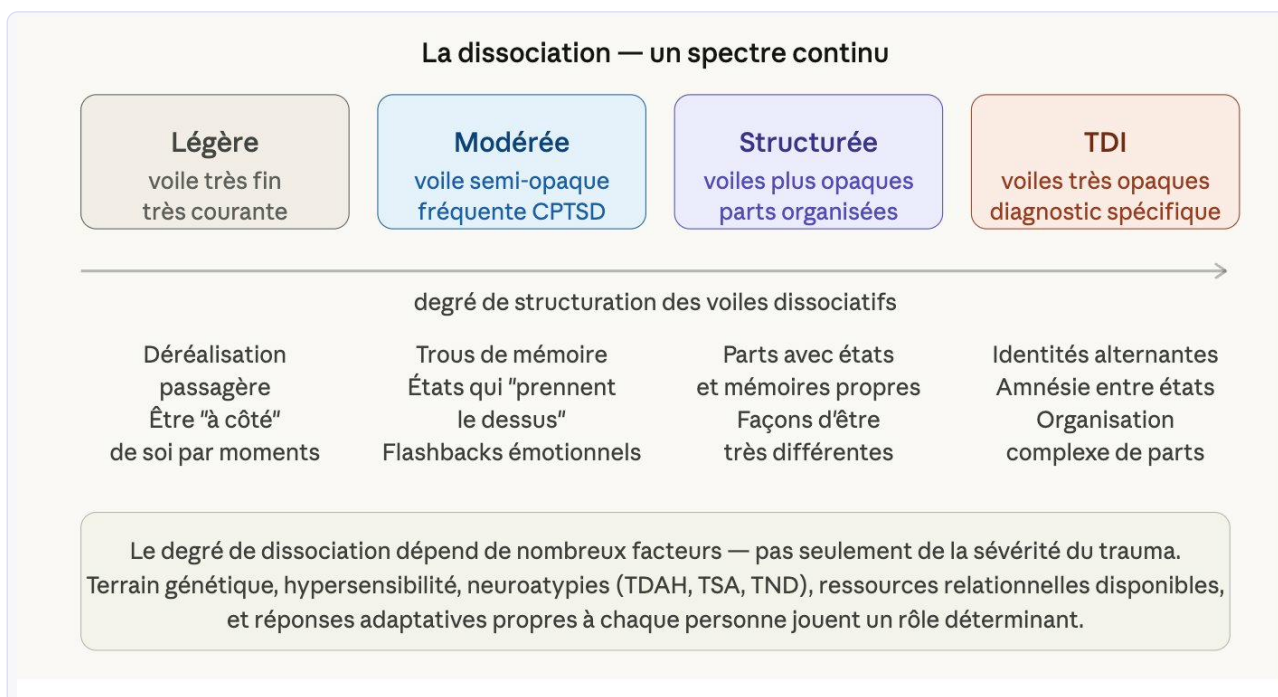


Schéma 4 — La dissociation : un spectre continu

□ Bulle clinique — La dissociation comme spectre

La théorie de la dissociation structurelle de la personnalité (Van der Hart, Nijenhuis, Steele) propose que la dissociation est un spectre continu. À une extrémité : des formes légères et très communes dans le CPTSD (déréalisation passagère, trous de mémoire, flashbacks émotionnels). À l'autre extrémité : le Trouble Dissociatif de l'Identité (TDI), avec des « parts » distinctes ayant une organisation propre.

Le mouvement militant DID/TDI rappelle un point essentiel : la dissociation n'est pas une « folie » — c'est une réponse adaptative à des expériences insupportables. Dans le CPTSD, la plupart des personnes se situent dans les formes intermédiaires — suffisamment présentes pour affecter le fonctionnement, suffisamment subtiles pour passer inaperçues des années.

→ Suite page suivante

Ce que « traiter » un souvenir traumatique signifie vraiment

L'objectif du travail sur les souvenirs n'est pas d'effacer. Pas de « guérir » au sens d'oublier ou de ne plus ressentir. C'est d'**intégrer** — permettre au souvenir de prendre sa place dans l'histoire, avec un début, un milieu et une fin, sans que le corps continue de vivre dans l'urgence de ce moment-là.

Mais l'intégration dans le CPTSD ne se fait pas en une seule fois. Elle se fait **en couches** — et c'est là une des choses les plus importantes à comprendre pour ne pas se décourager quand le même matériel semble « revenir ».

■ La couche cognitive

donner du sens à ce qui s'est passé, comprendre la logique des réactions, déconstruire les croyances construites dans l'environnement traumatique (« je mérite ça », « c'est de ma faute », « je suis fondamentalement défectueux·se »).

■ La couche émotionnelle

accéder aux émotions associées aux expériences — pas les revivre de façon déstabilisante, mais les traverser avec suffisamment de ressources pour qu'elles puissent se déposer plutôt que de rester enkystées.

■ La couche des mémoires implicites

ce que le corps, les réflexes, les comportements automatiques « savent » sans que la mémoire consciente y ait accès. C'est la mémoire de ce que le système nerveux a appris avant même que les mots soient disponibles.

■ La couche de l'attachement

réapprendre, dans la relation thérapeutique et dans d'autres relations sécurisantes, que la proximité n'est pas synonyme de danger. Que la dépendance n'est pas une menace. Que le conflit peut se réparer.

■ La couche identitaire

reconstruire un sens de soi cohérent, stable, bienveillant — qui ne soit plus uniquement défini par le trauma et ses adaptations.

■ La couche narrative

pouvoir tenir son histoire dans sa totalité — pas la nier, pas s'y noyer — et en faire quelque chose qui appartient au passé, même si ses traces sont encore présentes.

Ces couches ne se travaillent pas dans l'ordre. Elles s'interpénètrent, s'ouvrent les unes les autres, se referment parfois. Le même souvenir peut être revisité plusieurs fois à des profondeurs différentes. Ce n'est pas un signe que « ça ne marche pas » — c'est la **nature spiralée du rétablissement** dans le CPTSD.

→ Suite page suivante

Les approches disponibles — avec leurs limites réelles

Une distinction utile : les approches thérapeutiques peuvent être pensées selon leur **direction de travail**. Les approches **top-down** partent de la cognition, du sens, du langage pour descendre vers le corps. Les approches **bottom-up** partent du corps, des sensations, des états émotionnels pour remonter vers la cognition.

Dans le CPTSD, les approches les plus efficaces sont généralement **intégratives** — elles combinent les deux directions selon les besoins du moment.

L'EMDR — efficace mais exigeant une pratique vraiment trauma-informée

L'EMDR est l'une des approches les plus documentées pour le traitement du trauma. Dans le CPTSD, son application en protocole standard comporte des risques réels trop souvent sous-estimés. L'EMDR peut provoquer des dissociations ou des activations aiguës — particulièrement chez des personnes avec un trauma complexe. Ce n'est pas une contre-indication absolue, mais cela exige une pratique réellement trauma-informée : stabilisation étendue avant d'aborder les souvenirs, évaluation approfondie de la dissociation, et adaptation du protocole lui-même.

Le problème n'est pas l'EMDR en soi — c'est son application mécanique, en protocole standard, sans repérage ni adaptation.

L'ICV — souvent plus adaptée au CPTSD développemental

L'ICV (Intégration du Cycle de la Vie) fait un travail de retraitement similaire à l'EMDR dans son intention — mais de façon significativement plus progressive et plus douce. Ce qui la distingue : la possibilité de travailler sur des lignes de temps courtes et récentes avant de remonter progressivement dans l'histoire. Elle intègre aussi le reparenting et l'attunement émotionnel du thérapeute — des dimensions centrales dans le CPTSD relationnel.

Les approches somatiques — essentielles mais rarement suffisantes seules

Les approches somatiques (Somatic Experiencing, thérapie sensori-motrice) travaillent sur les traces corporelles du trauma. Elles sont précieuses — mais une approche purement somatique peut sous-estimer le travail de restructuration cognitive, d'intégration narrative, et de reconstruction identitaire nécessaire dans le CPTSD.

□ Bulle clinique

Les neurosciences du trauma (van der Kolk, Porges, Siegel) ont mis en évidence que le trauma est d'abord une expérience subcorticale — inscrite dans des structures cérébrales non directement accessibles par le langage. C'est pourquoi les approches purement top-down montrent des limites dans le CPTSD.

Sur la mémoire implicite : elle se forme très tôt dans la vie, avant même que le langage soit disponible. C'est elle qui se réactive dans les flashbacks émotionnels — et c'est souvent la plus lente à intégrer, parce qu'elle ne répond pas aux mots mais aux expériences répétées de sécurité dans un cadre relationnel.

Sur l'ICV : de plus en plus de clinicien·nes spécialisé·es en trauma complexe la considèrent comme mieux adaptée que l'EMDR standard pour le CPTSD développemental, précisément parce qu'elle intègre les dimensions relationnelle et narrative.

→ *Suite page suivante*

Ce qui doit être en place avant — et pourquoi

Travailler sur les souvenirs traumatiques sans capacité de régulation suffisante, c'est ouvrir une fenêtre sur quelque chose d'intense sans avoir les ressources pour la refermer. Le résultat n'est pas le traitement — c'est la réactivation, parfois massive.

Avant d'aborder ce travail, plusieurs choses doivent être suffisamment en place : une capacité minimale à réguler les activations intenses, une fenêtre de tolérance suffisamment large, une relation thérapeutique sécurisante, et une évaluation soigneuse du niveau de dissociation.

Ce n'est pas une liste de cases à cocher. En ICV par exemple, des lignes de temps courtes peuvent démarrer dès les premières séances — non pas pour aller dans le dur immédiatement, mais parce que ce travail progressif aide à stabiliser subtilement, quand l'alliance est suffisamment présente. C'est un **jugement clinique qui se construit dans la relation**, pas un protocole à respecter à la lettre.

□ Bulle pair-aidance

Le travail avec les souvenirs, pour moi, n'a été possible que parce que le cadre était suffisamment sécurisant. Pas parfait — mais assez stable pour que, même quand ça bougeait fort entre nous, il y ait de la réparation.

Il y a eu des moments où j'étais très activée, en plein flashback émotionnel, avec plein de peurs qui sortaient d'un coup. Et le fait de pouvoir les exprimer, sans être coupée ou invalidée, ça a changé quelque chose de fondamental.

En parallèle, j'ai senti une forme de sécurité intérieure se construire, très progressivement, par couches. C'est une sensation assez subtile, mais concrète — quelque chose de plus solide à l'intérieur. Pas toujours là, mais de plus en plus présent.

OUTIL PRATIQUE

Évaluer sa fenêtre de tolérance actuelle

Cet outil est un outil d'évaluation — pas de traitement. À faire dans un état de régulation suffisante. Arrête si quelque chose monte de trop intense.

Partie 1 — Ma capacité de régulation actuelle

Sur une échelle de 0 à 10, comment évaluerais-tu ta capacité actuelle à traverser une activation intense et à revenir à un état stable ? Mon évaluation : ____ / 10 Ce qui m'aide à revenir à un état stable :

Partie 2 — Mes signaux de dissociation

Est-ce que tu remarques des périodes de dissociation dans ton quotidien ? (sentiment d'irréalité, sensation d'être à côté de toi-même, trous de mémoire, états qui « prennent le dessus »)

Partie 3 — Questions à poser à un·e thérapeute

- Quelle est votre approche de la stabilisation avant le travail de retraitement ?
- Comment évaluez-vous la dissociation avant de commencer ?
- Que se passe-t-il si je suis submergé·e pendant une séance ?
- Comment adaptez-vous votre approche au trauma complexe spécifiquement ?
- Travaillez-vous de façon intégrative — corps, cognition, relation ?

AXE 4

Le système d'attachement

Le trauma complexe est presque toujours un trauma **relationnel**. Il ne s'est pas passé dans un vide — il s'est passé dans des liens. Et c'est précisément parce qu'il s'est construit dans les liens qu'il se rejoue dans les liens.

C'est ce qui rend le travail sur l'attachement à la fois central et particulièrement délicat. On ne peut pas le faire seul·e — parce que c'est une blessure relationnelle, et qu'elle se répare dans la relation.

Le CPTSD comme trouble de l'attachement

Beaucoup de clinicien·nes spécialisé·es considèrent aujourd'hui le CPTSD non seulement comme un trouble traumatique, mais aussi comme un **trouble de l'attachement**. Les deux sont indissociables : c'est parce que le trauma s'est produit dans des relations d'attachement précoces qu'il perturbe si profondément la façon dont on se lie aux autres — et à soi-même.

Parce que l'attachement ne concerne pas seulement les relations intimes. Il structure plusieurs couches de l'expérience relationnelle :

■ La relation à soi-même

comment on se traite intérieurement, comment on régule sa propre détresse, si on peut être une « base de sécurité » pour soi-même ou si on est sa propre source de danger.

■ Les relations proches

partenaires, amis, famille. C'est là que les patterns d'attachement se voient le plus clairement, parce que la proximité réactive le système.

■ Les relations aux groupes et aux institutions

comment on se positionne dans les collectifs, si on fait confiance aux structures, si on peut demander de l'aide à des systèmes qui ont parfois été sources de blessure.

■ La relation au monde

le sentiment de sécurité de base ou d'insécurité fondamentale face à ce qui existe autour de soi.

Dans le CPTSD, toutes ces couches peuvent être affectées — à des degrés divers, de façon parfois très asymétrique. Quelqu'un peut fonctionner avec une relative aisance dans les relations professionnelles et s'effondrer dans les relations intimes. Ou l'inverse.

Ce qu'est le système d'attachement

Le système d'attachement est un système biologique fondamental, câblé dans le système nerveux dès les premiers mois de vie. Son rôle : maintenir la proximité avec les figures de soin pour assurer la survie, et utiliser ces figures comme « base de sécurité » pour explorer le monde.

Quand ce système fonctionne bien — quand les figures de soin sont suffisamment disponibles, prévisibles, et répondantes — l'enfant développe une **sécurité intérieure de base**. Une conviction implicite, inscrite dans le corps plutôt que dans les mots : les autres sont globalement fiables, la proximité est safe, et soi-même on est digne d'être aimé·e.

Quand ce système est perturbé, l'enfant développe des stratégies d'adaptation pour maintenir la proximité malgré l'insécurité. Ces stratégies deviennent les **styles d'attachement insécures**.

→ *Suite page suivante*

Les styles d'attachement — deux nomenclatures à connaître

Il existe deux façons de nommer les styles d'attachement, qui coexistent dans la littérature et peuvent créer de la confusion.

La **nomenclature classique** (Ainsworth, pour l'enfance) : sécure, anxieux-ambivalent, évitant, désorganisé.

La **nomenclature adulte** (Bartholomew & Horowitz) : sécure, préoccupé (préoccupé / anxieux), dismissive-évitant (évitant détaché), fearful-évitant (évitant craintif). Cette dernière distingue deux types d'évitement — important à connaître.

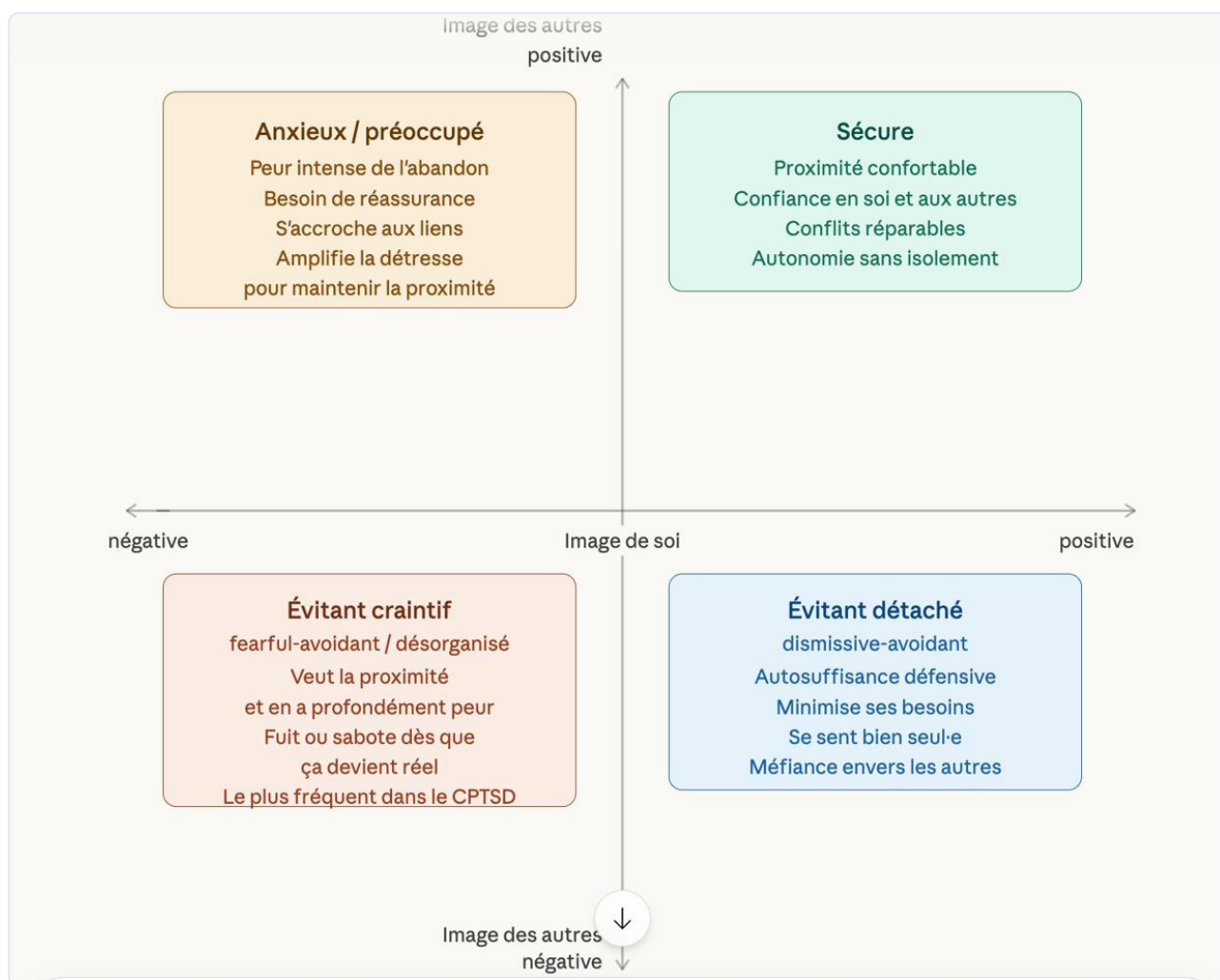


Schéma 5 — Les styles d'attachement adultes

■ Sécure

Image de soi positive, image des autres positive. La figure de soin a été suffisamment disponible et répondante. À l'âge adulte : capacité à être proche sans perdre soi, à vivre les conflits sans catastrophiser, à faire confiance sans se dissoudre.

■ Anxieux / préoccupé

Image de soi négative, image des autres positive. La figure de soin était inconsistante. L'enfant amplifie ses signaux de détresse pour maintenir la proximité. À l'âge adulte : hypervigilance aux signaux de rejet, besoin intense de réassurance, peur de l'abandon, tendance à s'accrocher ou à tester les liens.

■ Évitant détaché (dismissive)

Image de soi positive, image des autres négative. L'enfant désactive ses besoins d'attachement. À l'âge adulte : autosuffisance défensive, inconfort face à la vulnérabilité, minimisation des besoins relationnels. L'image de soi reste relativement stable — c'est les autres dont on se méfie.

■ Évitant craintif / désorganisé (fearful-avoidant)

Image de soi négative, image des autres négative. C'est le style le plus fréquemment associé au CPTSD. Il se développe quand la figure de soin est elle-même source de danger. À l'âge adulte : attirance intense vers la proximité doublée d'une terreur de cette même proximité. Vouloir être proche et fuir dès que ça devient réel.

C'est la différence essentielle entre les deux styles évitants : le dismissive minimise ses besoins et se sent globalement bien seul·e. Le fearful-avoidant veut profondément la connexion — et en a profondément peur.

□ Bulle clinique

Les recherches de Mary Main et Judith Solomon sur l'attachement désorganisé ont montré une corrélation forte entre ce style et les expériences de maltraitance ou de figures de soin elles-mêmes traumatisées. Il est associé à des niveaux plus élevés de dissociation et de vulnérabilité au CPTSD.

Sur la confusion CPTSD / trouble de la personnalité limite : l'attachement désorganisé est au cœur des deux tableaux, ce qui explique pourquoi ils sont souvent confondus. Beaucoup de personnes diagnostiquées TPL correspondent en réalité à un CPTSD non reconnu.

Sur les styles d'attachement adultes : ils ne sont pas des catégories fixes. Ce sont des patterns appris — ce qui signifie qu'ils peuvent évoluer. La recherche sur les « earned secure » montre que le système nerveux peut apprendre de nouveaux patterns relationnels, même tardivement, via la thérapie ou des relations suffisamment sécurisantes.

→ Suite page suivante

Les blessures d'attachement ne se réparent pas par la cognition seule

On peut comprendre intellectuellement ses patterns relationnels. Nommer son style d'attachement. Analyser ses réactions. Anticiper ses déclencheurs. Et continuer à les vivre exactement de la même façon dans le corps et dans les relations.

Parce que les blessures d'attachement sont inscrites dans la **mémoire implicite** — dans des réflexes relationnels appris avant les mots, avant la conscience. Elles se travaillent dans l'expérience, pas dans la réflexion. Dans des relations réelles qui offrent quelque chose de différent de ce qu'on a connu — et qui le font de façon répétée, suffisamment longtemps pour que le système nerveux commence à enregistrer que « ça peut se passer autrement. »

La sécurité interpersonnelle — ce que ça signifie concrètement

Dans le CPTSD, la sécurité interpersonnelle ne va pas de soi. Elle se construit, expérience après expérience, dans des relations qui prouvent par les actes que la proximité ne détruit pas.

Quelques signes concrets d'une relation suffisamment sécurisante : on peut exprimer son inconfort ou ses limites sans que la relation s'effondre. Les ruptures dans le lien sont suivies de réparations réelles. L'autre peut tolérer la détresse sans fuir. On n'a pas besoin de se faire plus petit-e pour maintenir le lien.

□ Bulle pair-aidance

Pendant longtemps, dans les relations amoureuses, j'avais cette sensation très nette : dès que ça devenait « officiel », quelque chose switchait en moi. Je pouvais être bien, en confiance... et d'un coup, je me sentais en danger.

Ce qui a vraiment commencé à bouger, ce n'est pas juste la compréhension. C'est le fait de vivre des relations où il y a assez de sécurité pour que je puisse être activée... sans que le lien casse derrière.

En thérapie notamment, il y a eu des moments où j'étais en plein stress, avec des peurs très fortes, et où j'ai pu les exprimer sans être rejetée ou laissée seule avec ça. Petit à petit, mon système apprend qu'il peut rester en lien, même quand ça s'active.

OUTIL PRATIQUE

Explorer ses patterns d'attachement

À faire dans un état de régulation suffisante. Certaines questions peuvent toucher à des zones sensibles — arrête si quelque chose devient trop intense.

Partie 1 — Mes patterns relationnels

En lisant les descriptions des styles d'attachement, qu'est-ce qui résonne le plus ? Ça peut être un mélange, ça peut varier selon les types de relations.

Partie 2 — Les différentes couches de mon attachement

Comment est-ce que tu te positionnes dans les différentes couches relationnelles ? Est-ce que tes patterns sont les mêmes dans les relations intimes, dans les groupes, dans ta relation à toi-même ?

Partie 3 — Mes déclencheurs relationnels

Quelles situations tendent à activer le plus ton système nerveux ? (silence de l'autre, désaccord, trop de proximité, trop de distance, sentiment d'être oublié·e, sentiment d'être envahi·e)

Partie 4 — Ce qu'une relation suffisamment sécurisante ressemble pour moi

Est-ce que tu as des exemples de relations où tu as senti quelque chose de suffisamment sécurisant ? Qu'est-ce qui le rendait sécurisant ?

→ Suite page suivante

Pour aller plus loin — Construire des relations plus saines

Pete Walker propose une série de principes pour résoudre les conflits relationnels de façon aussi aimante que possible — particulièrement utiles pour les personnes avec un CPTSD dont les patterns d'attachement rendent les conflits particulièrement activants.

Ces principes ne sont pas des règles rigides. Ce sont des repères — à lire, à discuter avec les personnes importantes dans ta vie, et à adapter à ton contexte.

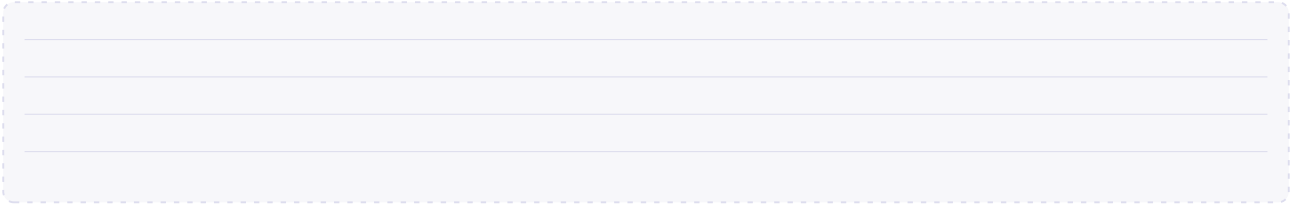
Note : dans le CPTSD, certains conflits déclenchent des flashbacks ou des réponses 4F avant même qu'on puisse appliquer quoi que ce soit. Si c'est le cas, l'étape 0 est toujours : reconnaître qu'on est activé-e, et prendre le temps de se réguler avant de continuer.

Principes pour résoudre un conflit avec amour

- Le but est d'informer et de négocier un changement — pas de punir. Le châtiment détruit la confiance. L'amour peut ouvrir les « oreilles » du cœur de l'autre.
- Imagine comment l'autre pourrait entendre ton grief de la façon la plus simple possible. Exprime-le comme tu aimerais toi-même l'entendre.
- Fais précéder tes plaintes d'une reconnaissance de la bonté de l'autre et de votre relation mutuelle. Pas pour minimiser le grief — pour créer un contexte de sécurité.
- Pas d'insulte, pas de sarcasme, pas de lecture de pensée. Pas d'analyse de l'autre. Pas d'interruption.
- Utilise des phrases à la première personne. « Je ressens... » plutôt que « tu fais toujours... ». Ça décrit ton expérience sans accuser.
- Un problème à la fois. Demande-toi ce qui te blesse le plus pour identifier ton principal motif.
- Tiens-toi au sujet jusqu'à ce que les deux personnes aient le sentiment d'avoir été pleinement entendues.
- Si la discussion devient trop houleuse — pause. Une pause d'une minute à 24 heures, tant qu'un moment de reprise est précisé. Les pauses protègent l'intimité.
- Reconnais ta part. Dans le CPTSD, une grande partie de la charge émotionnelle dans un conflit peut venir du passé — du transfert, de douleurs anciennes qui se réactivent.
- Excuse-toi sans honte. Une bonne excuse reconnaît l'impact, exprime l'intention de changer, et n'attend pas d'être absous-e en échange.

Réflexion personnelle

Y a-t-il un conflit récent ou récurrent dans une relation importante où tu pourrais appliquer un ou plusieurs de ces principes ? Qu'est-ce qui te semble le plus difficile à mettre en pratique — et pourquoi ?



AXE 5

L'image de soi et la honte

On a déjà posé les bases de cette dimension dans la Partie 1. Ici, on va plus loin : comprendre comment la honte fonctionne au quotidien dans le CPTSD, pourquoi elle persiste et s'amplifie, et ce que le travail sur l'image de soi implique vraiment.

La différence entre honte et culpabilité — et pourquoi elle change tout

Culpabilité	Honte
« J'ai fait quelque chose de mal. » Liée à un acte. Peut être réparatrice — motiver à reconnaître le tort, à changer.	« Je suis quelque chose de mal. » Porte sur l'identité entière. Paralyse, isole, fait fuir ou attaquer. On ne peut pas « réparer » ce qu'on est fondamentalement.

Dans le CPTSD, c'est la honte qui domine. Et elle ne se nomme pas toujours comme telle. Elle se déguise en perfectionnisme, en besoin de contrôle, en tendance à s'effacer, en difficulté à recevoir des compliments, en critique intérieure permanente.

Pete Walker la décrit comme l'émotion la plus centrale et la plus destructrice du trauma complexe — souvent plus invalidante que la peur elle-même. Elle est le carburant principal du critique intérieur, et elle s'auto-entretient via le cycle traumatique.

Pourquoi la honte persiste et s'amplifie dans le CPTSD

La honte dans le CPTSD ne persiste pas par hasard. Elle est activement entretenue par le cycle traumatique — et comprendre ce mécanisme explique pourquoi « se dire qu'on a de la valeur » ne suffit pas.

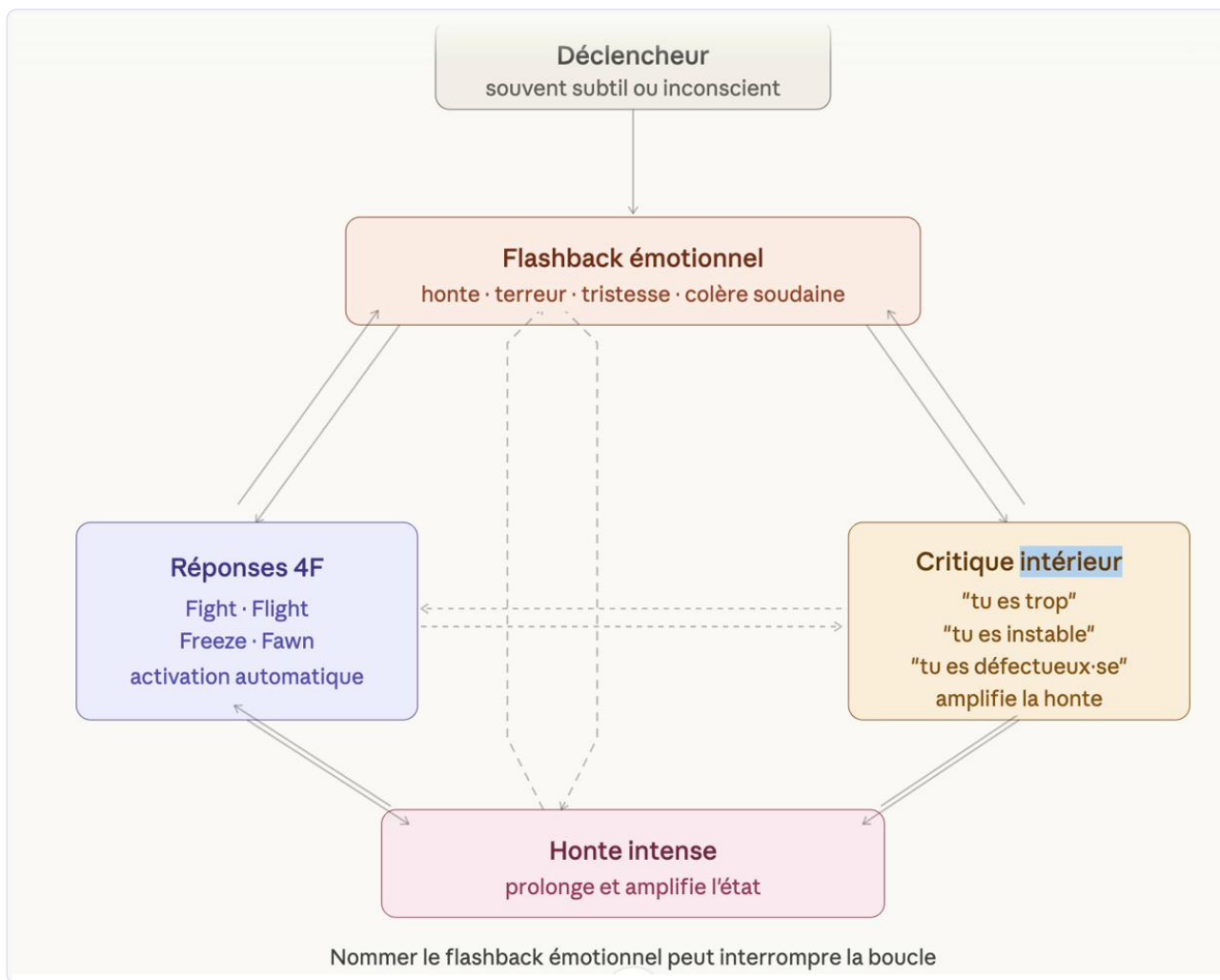


Schéma 3 — Le cycle du flashback émotionnel et de la honte

Un déclencheur active un flashback émotionnel — qui fait surgir la honte de façon brutale et envahissante. Le critique intérieur s'emballe et amplifie : « tu vois, c'est bien la preuve que quelque chose cloche en toi. » La honte s'intensifie. Les réponses 4F s'activent — on fuit, on s'effondre, on s'aplatit, on attaque. Et tout ça renforce la croyance de départ.

C'est un système auto-entretenu. Comprendre qu'on est dans ce cycle — pas en train de « voir la vérité sur soi » — est l'une des premières choses qui peut commencer à le désamorcer.

→ Suite page suivante

Comment la honte s'est construite

La honte chronique dans le CPTSD n'est pas une pensée négative qui s'est installée un jour. Elle s'est construite dans des expériences répétées qui ont envoyé le même message : *ce que tu es n'est pas acceptable*.

Ces messages peuvent avoir été **explicites** — des paroles, des humiliations, des comparaisons. Mais ils peuvent aussi avoir été **implicites** — l'absence de regard, le fait de ne pas être vu-e, d'avoir ses émotions ignorées ou ridiculisées, de ne jamais être suffisant-e quoi qu'on fasse.

Et comme on l'a vu dans l'axe 2 : l'enfant ne se dit pas « cet environnement est défaillant. » Il se dit « je suis défaillant-e. » C'est la seule façon de maintenir l'illusion que la sécurité est possible — si seulement on s'améliore suffisamment.

La honte et le corps

La honte n'est pas une expérience uniquement cognitive. C'est une **expérience corporelle intense** : la chaleur dans le visage, l'envie de disparaître, l'effondrement de la posture, l'incapacité soudaine à parler ou à penser clairement, l'impression d'être « à nu ».

Ces réponses corporelles sont automatiques — elles arrivent avant que la conscience puisse intervenir. Dans le CPTSD, elles peuvent être déclenchées par des situations qui semblent anodines : un regard, un ton de voix, un commentaire innocent, une erreur mineure.

C'est pour ça que travailler sur la honte uniquement par la cognition ne suffit pas. La honte est inscrite dans le corps. Elle se travaille là où elle vit — dans l'expérience, dans la relation, dans le corps.

La honte toxique vs la honte saine

Toute honte n'est pas pathologique. Il existe une **honte saine** — un signal social qui dit « j'ai agi en contradiction avec mes valeurs. » Elle est proportionnée, temporaire, liée à un acte spécifique.

La **honte toxique du CPTSD** est différente. Elle est disproportionnée, chronique, globale. Elle ne dit pas « tu as fait quelque chose de mal » — elle dit « tu es fondamentalement mal. » Elle ne passe pas avec le temps ou la réparation. Et elle se déclenche souvent indépendamment de ce qu'on a réellement fait.

Apprendre à distinguer les deux — reconnaître quand on est dans une honte saine et réparable, et quand on est dans la honte toxique du trauma — est une étape importante du travail sur cet axe.

→ Suite page suivante

La reconstruction de l'image de soi — ce que ça implique vraiment

Reconstruire une image de soi plus juste et plus bienveillante passe par plusieurs voies qui s'articulent entre elles — aucune ne suffit seule.

■ La voie cognitive

identifier les croyances fondamentales négatives construites dans l'environnement traumatique (« je suis fondamentalement défectueux·se », « je ne mérite pas d'être aimé·e », « je suis trop »), les examiner, les déconstruire progressivement. La thérapie des schémas travaille explicitement sur ce niveau. Ce travail cognitif est nécessaire — mais insuffisant seul.

■ La voie expérientielle

être vu·e sans être jugé·e. Faire une erreur et ne pas être abandonné·e. Exprimer un besoin et le voir accueilli. Ces moments, répétés, s'accumulent et commencent à créer une autre expérience de soi-même dans le lien. Ils ne remplacent pas l'histoire — mais ils la complètent.

■ La voie corporelle

travailler la honte là où elle vit — dans les sensations, la posture, la façon dont on occupe l'espace. Des approches comme la CFT (Thérapie Focalisée sur la Compassion) ou certains protocoles somatiques travaillent directement sur les réponses corporelles de la honte.

Ces trois voies s'articulent et s'ouvrent les unes les autres. Le travail cognitif crée des ouvertures pour l'expérientiel. L'expérience relationnelle réparatrice rend le travail cognitif plus ancré. Et le travail corporel permet d'accéder à des couches que les mots ne peuvent pas toujours atteindre.

Le critique intérieur — et pourquoi le combattre ne marche pas

Le critique intérieur dans le CPTSD n'est pas « une mauvaise habitude de pensée. » C'est souvent une voix intériorisée — une figure de l'environnement d'origine dont les jugements ont été absorbés et sont devenus la façon dont on se parle à soi-même.

Pete Walker insiste sur ce point : le critique intérieur est le **principal vecteur de la honte toxique** au quotidien. Il est particulièrement féroce, particulièrement constant, et particulièrement difficile à repérer comme distinct de « la vérité sur soi ».

Ce qui ne marche pas : lui répondre par la logique, tenter de le convaincre, ou lui demander de se taire. Ces stratégies le renforcent souvent — parce qu'elles l'engagent sur son terrain.

Ce qui marche mieux : apprendre à le reconnaître comme une voix — pas comme la vérité. Identifier d'où il vient. Développer progressivement une « voix sage » intérieure plus bienveillante. C'est ce que Walker appelle le **reparenting interne** — se traiter progressivement avec la bienveillance qu'on aurait méritée et qu'on n'a pas reçue.

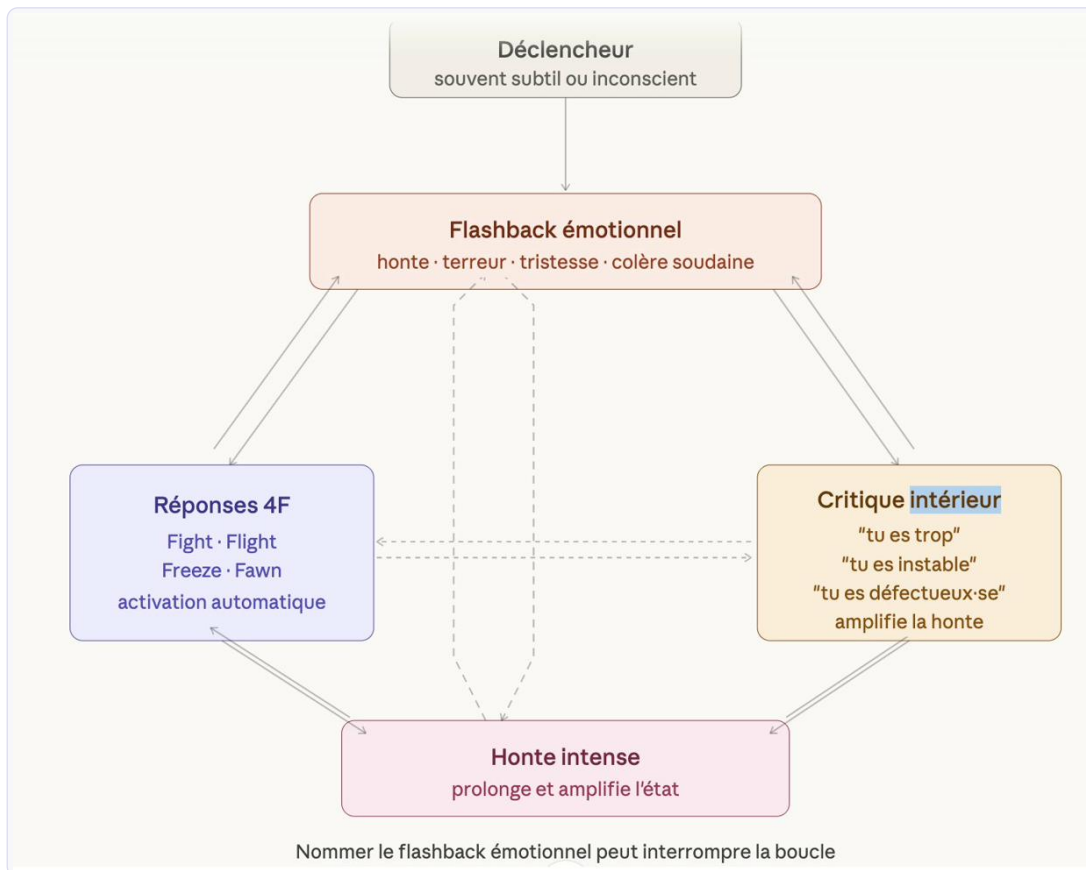


Schéma 3 — Le cycle honte / critique intérieur

□ Bulle clinique

La recherche de June Tangney et Paul Gilbert distingue la honte externe (crainte d'être jugé·e) de la honte interne (conviction d'être fondamentalement défectueux·se). Dans le CPTSD, c'est la honte interne qui domine — corrélée à des niveaux élevés de dissociation, de dépression, et de difficultés relationnelles.

La Thérapie Focalisée sur la Compassion (CFT) de Paul Gilbert est l'une des approches les plus documentées pour travailler spécifiquement la honte chronique. Elle vise à développer progressivement le système d'apaisement — via la compassion envers soi-même, construite progressivement, pas imposée comme injonction.

La thérapie des schémas (Young) travaille directement sur les croyances fondamentales négatives via une combinaison de travail cognitif, expérientiel et relationnel. Pete Walker décrit le critique intérieur comme « la voix la plus toxique » dans le CPTSD — souvent plus destructrice que les symptômes traumatiques eux-mêmes.

□ Bulle pair-aidance

Dans les phases les plus aiguës, la honte n'était pas une pensée. C'était un ressenti brutal, viscéral, qui arrivait pendant les flashbacks ou juste après. Quelque chose d'accablant, qui prenait tout l'espace, sans que je puisse vraiment le raisonner. Ce n'était pas « j'ai fait quelque chose de mal ». C'était : « il y a quelque chose de profondément mauvais chez moi. » Et dans ces moments-là, tout semblait le confirmer.

Comprendre que cette honte-là ne venait pas du présent a été un premier pas. Mais ce qui change vraiment, c'est d'avoir des expériences où je ne suis pas traitée comme si cette honte disait vrai. Petit à petit, ça crée une distance. Et cette sensation, même si elle revient parfois, ne définit plus entièrement qui je suis.

→ *Suite page suivante*

OUTIL PRATIQUE

Explorer sa honte et son critique intérieur

Attention particulière : explorer la honte peut être activant. Fais-le dans un état de régulation suffisante. Arrête si quelque chose devient trop intense.

Partie 1 — Reconnaître la honte dans le corps

La prochaine fois que tu ressens quelque chose qui ressemble à de la honte — même légère — observe ce qui se passe dans le corps. Pas pour l'analyser, juste pour le noter. Ce que je ressens dans le corps quand la honte s'active :

Partie 2 — Repérer le critique intérieur

Quelle est la phrase que ton critique intérieur répète le plus souvent ? Note-la telle quelle — sans la corriger. La phrase que j'entends le plus souvent : D'où pourrait venir cette voix ?

Partie 3 — Identifier le type d'attaque

Pete Walker distingue deux grandes catégories d'attaques du critique intérieur. Reconnaître laquelle est active au moment où ça se passe est souvent le premier pas pour s'en dégager.

Attaques de perfectionnisme	Attaques de mise en danger
Alimentées par la honte toxique. « Je devrais être parfait-e » « Je ne suis jamais assez bien » « Mes erreurs prouvent quelque chose de fondamental » « Je me compare défavorablement »	Alimentées par la peur. « Quelque chose de terrible va arriver » « Je ne suis pas en sécurité » « Je dois contrôler tout » « Je catastrophise »

Quand je reconnais une attaque, laquelle est-ce le plus souvent ?

Partie 4 — Des réponses pour désamorcer

Voici quelques réponses tirées du travail de Pete Walker — pas pour « convaincre » le critique, mais pour créer une distance et lui retirer de l'autorité.

Face aux attaques de perfectionnisme

« Mon perfectionnisme est né d'une tentative de trouver de la sécurité. La perfection est un mythe d'autopersécution. J'ai le droit de commettre des erreurs. Ce n'est pas parce que je commets des erreurs que je suis une erreur. »

« Je refuse de me comparer défavorablement à quiconque. Je ne me jugerai pas parce que je ne suis pas toujours au meilleur de mes performances. »

« Un sentiment de culpabilité ne signifie pas que je suis coupable. Je transforme la honte en reproche et en dignité. »

Face aux attaques de mise en danger

« Je ressens de la peur, mais je ne suis pas en danger. »

« Je ne vais pas exagérer les choses. Je refuse de me faire peur avec des pensées et des images d'une détérioration de ma vie. »

« Je ne suis pas en danger. Je suis en sécurité. »

Les réponses qui me parlent le plus :

Partie 5 — Honte saine ou honte toxique ?

Pense à une situation récente où tu as ressenti de la honte. Était-elle liée à un acte spécifique que tu pourrais réparer ? Ou portait-elle sur ce que tu es fondamentalement ?

Partie 6 — Une croyance à examiner

Quelle est la croyance fondamentale sur toi-même qui revient le plus souvent ? La croyance : D'où vient-elle ? Dans quel contexte s'est-elle construite ? Est-ce qu'il y a des éléments de ta vie actuelle qui la contredisent ?

Partie 7 — Un moment où tu as été vu·e sans être jugé·e

Est-ce que tu peux identifier un moment — même petit — où tu as partagé quelque chose de vulnérable et où ça a été bien reçu ?

AXE 6

Les conséquences dans le présent

On arrive au dernier axe — et d'une certaine façon, c'est celui qui donne son sens à tout le reste. Le travail sur le trauma complexe ne se fait pas pour le passé. Il se fait pour le présent. Pour la vie qu'on vit maintenant, et pour celle qu'on veut pouvoir vivre.

Cet axe est différent des précédents. Il ne s'agit pas d'un mécanisme à comprendre — il s'agit de regarder concrètement ce que le CPTSD produit dans la vie quotidienne aujourd'hui. Et de comprendre que ces conséquences ne sont pas des signes que « c'est trop tard » ou qu'« on est cassé-e » — ce sont les traces d'un système nerveux qui fait encore ce qu'il a appris à faire.

Les réponses de survie dans la vie quotidienne

- Le figement face à une liste de tâches
- L'hyperactivité qui empêche de s'arrêter
- La difficulté à prendre des décisions simples
- La fatigue chronique disproportionnée
- L'incapacité soudaine à faire quelque chose qu'on sait faire
- Les matinées impossibles · les fins de journée qui s'effondrent
- Les périodes de fonctionnement relatif suivies de quasi-paralysie

Tout ça, dans le CPTSD, **n'est pas de la paresse, du manque de discipline, ou de la mauvaise organisation**. C'est un système nerveux qui oscille entre hyperactivation et hypoactivation — et qui régule ses ressources en fonction du niveau de menace perçue, pas en fonction des priorités objectives.

La fatigue traumatique

Vivre avec un CPTSD est épuisant — d'une façon qui dépasse la fatigue ordinaire. C'est la fatigue de maintenir une vigilance constante. De gérer des activations fréquentes. De naviguer dans des environnements qui déclenchent en permanence. De fonctionner malgré la dissociation. De porter l'écart entre ce qu'on voudrait faire et ce que le système nerveux permet de faire ce jour-là.

Cette fatigue est réelle. Elle ne se résout pas par « plus de volonté » — elle se réduit progressivement quand le système nerveux est moins sollicité, quand la régulation s'améliore, et quand l'environnement devient moins activant.

Les conséquences sur le travail et la vie professionnelle

Le CPTSD peut avoir des conséquences significatives sur la vie professionnelle — une réalité trop souvent invisibilisée, y compris dans les espaces de soin.

La difficulté à fonctionner de façon régulière et prévisible. Les périodes de haute productivité suivies de périodes d'effondrement. La sensibilité aux dynamiques de pouvoir et aux environnements imprévisibles. Le perfectionnisme qui épuise. L'hypervigilance qui consomme des ressources cognitives.

Dans certains cas, le CPTSD peut être réellement handicapant au sens fonctionnel — empêcher de travailler, d'avoir des revenus stables. C'est une réalité que les systèmes de reconnaissance du handicap ne prennent pas encore suffisamment en compte.

Les conséquences sur le corps

Le trauma complexe laisse des traces dans le corps. Les recherches sur les **ACE (Adverse Childhood Experiences)** montrent des corrélations solides entre expériences traumatiques précoces et vulnérabilités somatiques à l'âge adulte : troubles immunitaires, douleurs chroniques, troubles gastro-intestinaux, migraines, fatigue chronique, troubles du sommeil.

Ce ne sont pas des symptômes « dans la tête. » Ce sont les conséquences biologiques d'un système nerveux qui a fonctionné en mode survie pendant longtemps. Prendre soin de sa santé physique dans le CPTSD, c'est aussi prendre soin du trauma.

Le travail thérapeutique vise l'intégration — pas l'effacement

Le travail thérapeutique ne vise pas à effacer le passé ou à supprimer les réponses traumatiques. Il vise à les **intégrer** — à permettre au système nerveux de faire la différence entre le passé et le présent, et à avoir plus de choix dans la façon de répondre.

Les réactions de figement, de fuite, de colère, de dissociation ne disparaissent pas complètement — et ce n'est pas l'objectif. L'objectif, c'est qu'elles perdent progressivement de leur automaticité. Qu'il y ait un peu plus d'espace entre le déclencheur et la réaction. Et progressivement, que la vie dans le présent prenne plus de place que la vie dans le passé.

Bulle clinique

Les recherches de Felitti et Anda sur les ACE ont documenté des corrélations solides entre expériences traumatiques précoces et vulnérabilités de santé physique à l'âge adulte. Ces recherches ont contribué à légitimer le lien corps-trauma dans la littérature médicale.

Sur le handicap invisible : le CPTSD peut constituer un handicap fonctionnel réel — affectant la capacité à travailler de façon régulière, à maintenir des engagements, à fonctionner dans certains environnements. Les systèmes de reconnaissance du handicap psychique sont encore largement insuffisants pour tenir compte de la variabilité et de l'invisibilité de ces limitations.

Sur l'intégration vs l'effacement : l'objectif du traitement n'est pas la disparition des symptômes traumatiques, mais leur intégration dans un fonctionnement global plus flexible. Ce que van der Kolk appelle « être capable de vivre dans le présent. »

□ Bulle pair-aidance

Pendant un moment, mon quotidien était très instable. Je pouvais avoir des périodes où je fonctionnais bien, où j'étais productive, engagée... puis des phases où tout devenait lourd, confus, presque impossible à soutenir.

La fatigue surtout était difficile à expliquer. Pas juste être fatiguée — mais vidée, comme si mon système avait tiré trop loin, trop longtemps. Ça a eu des impacts très concrets sur mon travail, sur mes capacités à tenir dans la durée.

Aujourd'hui, ce n'est pas « parfait », mais c'est différent. Je repère mieux les moments où ça commence à tirer, et j'ajuste plus tôt. Il y a moins de chutes brutales, plus de continuité. Et surtout, je ne cherche plus à « effacer » ce que j'ai vécu. J'essaie plutôt de construire quelque chose de viable avec — dans mon corps, dans mon rythme, dans ma vie.

→ *Suite page suivante*

OUTIL PRATIQUE

Que faire quand ça s'active dans le présent

Les 13 étapes pour gérer les flashbacks — Pete Walker

Pete Walker a développé ces étapes spécifiquement pour le CPTSD. Elles sont conçues pour être utilisées au moment d'un flashback émotionnel — pas pour être mémorisées parfaitement, mais pour être revues régulièrement jusqu'à ce que certaines deviennent des réflexes. Note : ces étapes sont plus efficaces quand on les a déjà lues plusieurs fois dans un état calme. Si tu traverses une période particulièrement difficile, mets cet outil de côté.

1 Dis-toi : « J'ai un flashback »

Les flashbacks t'emportent dans une partie intemporelle de la psyché qui se sent aussi impuissante et entourée de danger que tu l'étais dans l'enfance. Les sentiments et sensations que tu as sont des souvenirs du passé — ils ne peuvent pas te nuire maintenant.

2 Rappelle-toi : « J'ai peur, mais je ne suis pas en danger »

Je suis en sécurité ici, maintenant, dans le présent. Le danger appartient au passé.

3 Affirme ton droit et ton besoin d'avoir des limites

Tu n'as pas à laisser qui que ce soit te maltraiter. Tu es libre de quitter des situations dangereuses et de protester contre un comportement injuste.

4 Rassure ton enfant intérieur

Cette part de toi a besoin de savoir que tu l'aimes de façon inconditionnelle — qu'elle peut trouver auprès de toi réconfort et protection quand elle se sent perdue et effrayée.

5 Déconstruis la pensée d'éternité

Dans l'enfance, la peur semblait sans fin. Souviens-toi : ce flashback va passer, comme il l'a toujours fait précédemment.

6 Rappelle-toi que tu es dans un corps adulte

Tu as des alliés, des talents et des ressources pour te protéger que tu n'avais jamais dans l'enfance. Se sentir petit-e et fragile est un signe de flashback.

7 Reviens dans ton corps

Demande doucement à ton corps de se détendre. Respire lentement et profondément — retenir ton souffle est un signal de danger pour le système nerveux. Ralentis. Trouve un endroit sûr. Sens la peur dans ton corps sans y réagir — elle ne peut pas te nuire si tu ne la fuis pas.

8 Résiste au critique intérieur

Utilise la cessation de pensée pour mettre fin aux exagérations du critique. Refuse d'avoir honte de toi ou de te haïr. Remplace les pensées négatives par une liste de tes qualités et réalisations.

9

Autorise-toi à faire ton deuil

Les flashbacks sont des occasions de se libérer de vieux sentiments inexprimés. Reconnais et apaise l'expérience passée d'impuissance de ton enfant intérieur. Un deuil sain peut transformer tes larmes en autocompassion et ta colère en autoprotection.

10

Cultive des relations sécurisantes et cherche du soutien

Passes un peu de temps seul·e si tu en as besoin, mais ne laisse pas la honte t'isoler. Apprends à tes proches ce que sont les flashbacks et demande-leur de t'aider à en sortir.

11

Identifie tes déclencheurs

Évite les individus, lieux et activités qui ne présentent pas suffisamment de sécurité. Pratique un entretien préventif quand les situations déclenchantes sont inévitables.

12

Détermine où t'amène le flashback

Les flashbacks indiquent quels sont tes besoins développementaux non encore satisfaits, et peuvent te fournir la motivation pour les travailler.

13

Sois patient·e si le processus est lent

Il faut du temps pour faire retomber l'adrénaline. La vraie guérison est un processus graduel — souvent deux pas en avant, un pas en arrière. Ne te punis pas d'avoir eu un flashback.

→ Suite page suivante

OUTIL COMPLÉMENTAIRE

Cartographier les conséquences dans mon présent

À faire dans un état de régulation suffisante. Outil d'observation — pas de jugement.

Partie 1 — Dans mon fonctionnement quotidien

Quelles sont les conséquences du CPTSD que tu remarques le plus dans ton quotidien actuel ?

Partie 2 — Dans ma vie professionnelle ou sociale

Est-ce que le CPTSD a des conséquences visibles sur ta vie professionnelle, tes études, ou ta vie sociale ?

Partie 3 — Dans mon corps

Est-ce que tu remarques des manifestations physiques que tu pourrais relier au trauma ?

Partie 4 — Ce qui a déjà changé

En comparant avec une période plus difficile — est-ce qu'il y a des choses qui ont déjà commencé à changer ?

PARTIE 3

Choisir et évaluer son accompagnement

Dans les parties précédentes, on a parlé à plusieurs reprises de l'importance d'un accompagnement adapté au trauma complexe. Cette partie est entièrement consacrée à ça : comprendre ce que ça signifie concrètement, comment le reconnaître, comment l'évaluer — et comment exercer ses droits dans la relation thérapeutique.

Ce que le trauma complexe exige d'un accompagnement

Toutes les thérapies ne se valent pas pour le CPTSD. Et un-e thérapeute compétent-e dans d'autres domaines ne l'est pas forcément pour le trauma complexe. Ce n'est pas une question de compétence générale — c'est une question de **formation spécifique et de posture**.

- Une **compréhension réelle du CPTSD** — pas juste le PTSD classique, pas juste « les traumatismes en général ». Une compréhension de la dissociation, des flashbacks émotionnels, des patterns d'attachement désorganisé, de la honte chronique, de la non-linéarité du rétablissement.
- Une **pratique réellement phase-orientée** — qui respecte la stabilisation avant l'exposition, qui évalue la dissociation, qui ne pousse pas vers le retraitement des souvenirs avant que les conditions soient en place.
- Une **conscience des dynamiques de pouvoir** dans la relation thérapeutique — particulièrement importantes dans le CPTSD relationnel, où la relation avec le·a thérapeute peut elle-même devenir un espace de réactivation ou de réparation.
- Une **capacité à tolérer et à travailler avec la complexité** — les flashbacks émotionnels intenses, les ruptures de lien, les moments où le système nerveux déborde — sans minimiser, sans accélérer, sans gaslighter.

Ce que « trauma-informé » signifie vraiment

Le terme « trauma-informé » est devenu un label qu'on voit partout — et qui signifie des choses très différentes selon qui l'utilise.

Dans sa version la plus superficielle, « trauma-informé » veut dire : je sais que le trauma existe, je ne vais pas te brusquer inutilement. C'est un minimum — mais ce n'est pas suffisant pour accompagner le CPTSD.

Dans sa version réelle, « trauma-informé » pour le CPTSD signifie :

- Je comprends la dissociation et je sais l'évaluer — dans ses formes légères comme dans ses formes plus structurées. Je connais les 4F, les flashbacks émotionnels, le cycle honte-critique intérieur. Je travaille de façon phase-orientée.
- Je suis attentif·ve à la relation thérapeutique comme outil de soin — pas juste comme cadre neutre. Je sais reconnaître et accueillir les « parts » — ces aspects de la personne qui se sont organisés de façon autonome pour survivre. Je ne les pathologise pas, je ne leur demande pas de se taire. Je les accueille comme des adaptations intelligentes.
- J'adapte mon approche — pas parce qu'un protocole le prévoit, mais parce que je lis ce qui se passe dans la pièce.

→ *Suite page suivante*

Tester la relation thérapeutique — un phénomène normal dans le CPTSD

Les personnes avec un CPTSD testent souvent — consciemment ou non — la fiabilité de la relation thérapeutique. Pete Walker décrit ce phénomène comme une vérification nécessaire du système nerveux : est-ce que cette personne va rester si je montre ma vraie détresse ? Est-ce que le lien tient quand j'exprime ma colère ? Est-ce que je peux prendre de la place sans être rejeté·e ou abandonné·e ?

Ces « tests » peuvent ressembler à de la résistance, à de l'inconsistance, à des comportements difficiles à comprendre de l'extérieur. Ils ne le sont pas. Ce sont des tentatives du système nerveux de vérifier que cet espace est vraiment différent des environnements d'origine.

C'est souvent dans ces moments de « test » et de réparation que se fait le travail le plus profond.

Les signes d'une bonne alliance thérapeutique

- ☐ Tu te sens globalement en sécurité dans l'espace thérapeutique — pas forcément détendu·e à 100%, mais tu peux parler librement, tu ne te sens pas jugé·e, tes émotions sont accueillies.
- ☐ Ton·ta thérapeute respecte ton rythme. Il·elle ne pousse pas vers l'exposition aux souvenirs traumatiques sans stabilisation préalable.
- ☐ Tes réactions sont comprises comme des adaptations — pas comme des défauts de personnalité, pas comme de la résistance, pas comme des obstacles au traitement.
- ☐ La thérapie inclut une attention explicite à ta capacité de régulation et à tes « parts » — elles sont les bienvenues dans l'espace, pas effacées ou ignorées.
- ☐ Tu peux exprimer un désaccord sans que la relation s'effondre. Les ruptures dans le lien sont suivies de réparations réelles. La thérapie est une collaboration, pas une relation de pouvoir.

Les red flags — signaux d'alarme dans un accompagnement

- ☐ Tes émotions sont minimisées ou rationalisées trop rapidement.
- ☐ On te pousse à « revivre » des souvenirs traumatiques sans travail de stabilisation préalable.
- ☐ Tu te sens régulièrement honteux·se ou humilié·e après les séances.
- ☐ Tes limites ne sont pas respectées. Tu sors des séances systématiquement plus déstabilisé·e qu'à l'entrée — et ça dure.
- ☐ Ton·ta thérapeute utilise le terme « régression » pour décrire ce que tu vis dans les moments difficiles. Ce terme peut aggraver la honte — ce que tu vis est très probablement un flashback émotionnel, pas un recul de ta part.
- ☐ Quand quelque chose ne fonctionne pas dans la thérapie, on te fait sentir que le problème vient de toi — que tu « résistes », que tu n'es « pas prêt·e », que tu « sabotes ».

Dans ces cas, il est légitime de réévaluer l'accompagnement. **Changer de thérapeute n'est pas un échec** — c'est parfois l'acte de soin le plus important qu'on puisse faire pour soi.

→ *Suite page suivante*

Tes droits dans la relation thérapeutique

C'est un point que beaucoup de personnes en CPTSD ont du mal à intégrer — en particulier celles avec un fort pattern Fawn. Alors on le dit clairement, en s'appuyant sur la **Déclaration des droits humains de Pete Walker** :

- Tu as le droit d'être traité·e avec **respect** dans l'espace thérapeutique.
- Tu as le droit de dire **non** — à une technique, à un rythme, à une direction que le·a thérapeute propose.
- Tu as le droit de **commettre des erreurs** dans le processus thérapeutique — de traverser des flashbacks émotionnels intenses, des phases difficiles, des périodes de fonctionnement plus instable.
- Tu as le droit de **rejeter les conseils ou les retours** qui ne te semblent pas justes.
- Tu as le droit de **changer de thérapeute**.
- Tu as le droit de **poser des questions** sur l'approche, les méthodes, la formation de ton·ta thérapeute.
- Tu as le droit de te **plaindre de ce qui ne fonctionne pas** — et d'être entendu·e sans que ça soit retourné contre toi.
- Tu as le droit de **chercher un accompagnement qui te respecte**.

Prendre soin de ta santé mentale n'est pas un caprice. C'est un acte de protection envers toi-même.

□ Bulle clinique

L'alliance thérapeutique est l'un des prédicteurs les plus robustes de l'efficacité thérapeutique — tous courants confondus. Dans le CPTSD développemental et relationnel, où la blessure est précisément relationnelle, la qualité de la relation thérapeutique est souvent plus déterminante que la technique utilisée.

Sur les tests relationnels : Pete Walker décrit ce phénomène comme central dans le CPTSD — le système nerveux a besoin de vérifier répétitivement que la relation thérapeutique est fiable. Les recherches de Safran et Muran confirment que ces moments de rupture et réparation — bien traversés — sont parmi les plus thérapeutiques.

Sur le terme « régression » : dans le CPTSD, ce qui est souvent vécu comme une « régression » est en réalité un flashback émotionnel — une mémoire traumatique réactivée, pas un recul développemental. Cette distinction est importante car elle change radicalement ce que la personne comprend de ce qu'elle vit.

□ Bulle pair-aidance

À un moment, j'étais en pleine errance thérapeutique et déjà très fatiguée du soin. Je sortais d'un suivi très cognitif qui ne touchait pas vraiment le fond, et j'étais vulnérable.

Dans cet état-là, je me suis engagée dans un autre accompagnement — et j'ai beaucoup « fawn ». Je me suis adaptée, j'ai survalidé, j'ai mis de côté mes doutes pour maintenir le lien. Sur le moment, ça ne m'a pas paru anormal. Avec le recul, je vois à quel point ce n'était pas sain pour moi.

Le vrai tournant est venu plus tard, avec une thérapeute où je n'ai plus besoin de faire ça pour exister dans le lien. Où je peux dire quand ça ne va pas, être en désaccord, et que ça tienne quand même. Ça m'a appris que me sentir en sécurité, ce n'est pas réussir à m'adapter — c'est ne plus avoir besoin de disparaître pour que la relation fonctionne.

→ *Suite page suivante*

OUTIL PRATIQUE

Évaluer son accompagnement actuel

À faire dans un état de régulation suffisante. Si tu n'es pas actuellement en thérapie, cet outil peut t'aider à identifier ce que tu chercheras dans un accompagnement futur.

Partie 1 — Les signes positifs

Est-ce que tu reconnais les signes suivants dans ton accompagnement actuel ?

- ☐ Je me sens globalement en sécurité dans l'espace thérapeutique
- ☐ Mon·ma thérapeute respecte mon rythme
- ☐ Mes réactions sont comprises comme des adaptations, pas des défauts
- ☐ Mes « parts » sont accueillies, pas ignorées ou pathologisées
- ☐ Je peux exprimer un désaccord sans que ça se retourne contre moi
- ☐ Je sors des séances avec plus de ressources qu'en entrant, dans l'ensemble
- ☐ La stabilisation est une priorité avant le travail de retraitement
- ☐ Les ruptures dans le lien sont suivies de réparations réelles

Ce que je remarque :

Partie 2 — Les signaux d'alarme

Est-ce que tu reconnais l'un de ces signaux dans ton accompagnement actuel ?

- ☐ Je me sens régulièrement honteux·se ou minimisé·e après les séances
- ☐ On me pousse vers des souvenirs difficiles sans préparation suffisante
- ☐ Mes limites ne sont pas respectées
- ☐ Je sors des séances systématiquement plus déstabilisé·e qu'à l'entrée
- ☐ On utilise le mot « régression » pour décrire ce que je vis
- ☐ Quand quelque chose ne fonctionne pas, on me fait sentir que le problème vient de moi

Ce que je remarque :

Partie 3 — Questions à poser à un·e thérapeute potentiel·le

- Quelle est votre formation spécifique au trauma complexe (CPTSD) ?
- Comment travaillez-vous avec la dissociation et les « parts » ?
- Comment travaillez-vous la stabilisation avant le retraitement des souvenirs ?
- Quelle est votre approche quand je ne me sens pas prêt·e à aller plus loin ?
- Comment gérez-vous les ruptures dans la relation thérapeutique ?
- Travaillez-vous de façon intégrative — corps, cognition, relation ?

Partie 4 — Mes droits dans la relation thérapeutique

Parmi les droits listés dans cette section, lesquels as-tu du mal à exercer ou à te permettre ?

CONCLUSION

Ton chemin t'appartient

— Fati S. Andaloussi

On arrive à la fin de ce guide. Pas à la fin du chemin — parce que le rétablissement du trauma complexe n'a pas de ligne d'arrivée nette. Mais peut-être à un endroit où certaines choses font un peu plus sens. Où certains mécanismes sont un peu plus nommés. Où tu peux commencer à regarder ce que tu vis avec un peu plus de compréhension et un peu moins de honte.

C'est déjà quelque chose.

Ce que ce guide n'est pas

Ce guide n'est pas un programme. Pas une feuille de route à suivre dans l'ordre. Pas une promesse que si tu fais « les bonnes choses », ça ira mieux selon un calendrier prévisible. Le trauma complexe ne fonctionne pas comme ça — et tout outil qui prétend le contraire mérite d'être regardé avec scepticisme.

Ce guide est une carte. Une façon de nommer ce que tu vis, de comprendre pourquoi tu fonctionnes comme tu fonctionnes, et de savoir ce que tu es en droit d'exiger d'un accompagnement. Ce que tu en fais, à quel rythme, avec quels outils — **ça t'appartient.**

Ce que j'aurais voulu qu'on me dise

Je m'appelle Fati. Et si je termine ce guide avec ma voix, c'est parce que la pair-aidance a été au cœur de tout ce que j'ai construit ici.

- « J'aurais voulu qu'on me dise que ce que je vivais **avait un nom**. Que ma façon de fonctionner avait une logique. Que le fait de ne pas « avancer » comme prévu n'était pas une preuve de faiblesse ou de mauvaise volonté — c'était un système nerveux qui faisait ce qu'il pouvait avec ce qu'il avait appris.
- « J'aurais voulu qu'on me dise que j'avais des **droits**. Dans mes relations, dans ma thérapie, dans ma façon d'exister dans le monde. Que mes besoins étaient légitimes. Que prendre soin de moi n'était pas du narcissisme — c'était une nécessité.
- « J'aurais voulu qu'on me dise que **ça peut aller mieux**. Pas parfait. Pas sans cicatrices. Mais mieux — d'une façon réelle, stable, ancrée dans le corps.

Ce guide, c'est ce que j'aurais voulu lire. J'espère qu'il t'a donné quelque chose d'utile.

→ Suite page suivante

Des intentions pour la suite

Pete Walker propose, dans son travail sur le rétablissement du CPTSD, une liste d'intentions — des besoins normaux et sûres qu'on peut vouloir satisfaire, à son rythme, sans pression.

Lis-les. Concentre-toi sur ceux qui t'attirent le plus. Laisse de côté ceux qui ne te semblent pas convenir, ou pour lesquels tu ne te sens pas prêt·e. Il n'y a pas d'ordre, pas d'obligation.

<i>— Je veux développer une relation avec moi-même basée sur toujours plus d'amour et d'acceptation.</i>	<i>— Je veux accroître ma capacité à jouer et à m'amuser.</i>
<i>— Je veux apprendre à devenir mon meilleur ami·e.</i>	<i>— Je veux faire beaucoup de place dans ma vie pour la beauté et la nature.</i>
<i>— Je veux attirer dans ma vie des relations basées sur l'amour, le respect, l'équité et un soutien mutuel.</i>	<i>— Je veux des ressources matérielles et financières suffisantes.</i>
<i>— Je veux m'exprimer pleinement et sans inhibitions.</i>	<i>— Je veux un équilibre entre travail, repos et loisirs.</i>
<i>— Je veux atteindre la meilleure santé physique possible.</i>	<i>— Je veux un équilibre entre stabilité et changement.</i>
<i>— Je veux cultiver un équilibre de vitalité et de paix.</i>	<i>— Je veux une pleine expression émotionnelle, avec un équilibre de rires et de larmes.</i>
<i>— Je veux être de plus en plus libre de la honte toxique.</i>	<i>— Je veux trouver la satisfaction et donner un sens à ma vie.</i>
<i>— Je veux être de plus en plus libre de la peur inutile.</i>	<i>— Je veux trouver des moyens efficaces et non abusifs de gérer ma colère.</i>
<i>— Je veux un travail valorisant et gratifiant.</i>	<i>— Je veux tout cela pour tous les autres êtres.</i>

Tes droits — un rappel

Et pour finir, parce que ça mérite d'être répété — et peut-être gardé quelque part où tu peux le relire :

- Tu as le droit d'être traité·e avec **respect**.
- Tu as le droit de dire **non**.
- Tu as le droit de **commettre des erreurs**.
- Tu as le droit de **rejeter les conseils ou les retours non sollicités**.

- Tu as le droit de **négoier un changement**.
- Tu as le droit de **changer d'avis** ou de plans.
- Tu as le droit d'avoir tes propres **sentiments, croyances, opinions, préférences**.
- Tu as le droit de **protester** contre les sarcasmes, les critiques destructrices ou les traitements injustes.
- Tu as le droit d'être en **colère** et de l'exprimer de façon non abusive.
- Tu as le droit de **refuser d'accepter la responsabilité** des problèmes d'autrui.
- Tu as le droit de te sentir **ambivalent·e** et de te contredire à l'occasion.
- Tu as le droit de **jouer**, de perdre ton temps et de ne pas toujours être productif·ve.
- Tu as le droit de **grandir, d'évoluer et de t'épanouir**.
- Tu as le droit de **chercher à établir des relations saines** et basées sur un soutien mutuel.
- Tu as le droit de **demander de l'aide**.

Ce que ce guide ne remplace pas

Aucun PDF, aussi bien construit soit-il, ne remplace un accompagnement thérapeutique adapté. Le trauma complexe se travaille dans la relation — et ce guide ne peut pas offrir ça.

Ce qu'il peut faire, c'est t'aider à arriver à cet accompagnement avec plus de mots, plus de clarté sur ce que tu vis, et plus de conscience de ce que tu es en droit d'exiger.

Si tu cherches un espace pour explorer ces questions plus loin — un accompagnement en pair-aidance autour du trauma, de l'anxiété et des dynamiques relationnelles :

@healing.is.the.new.black · hitnb.therapie@gmail.com · healingisthenewblack.fr

Ton chemin t'appartient. Prends soin de toi.

Fati

Ressources recommandées

Pete Walker — Le CPTSD : de la survie à l'épanouissement (disponible en français)	La référence centrale de ce guide. Écrit par un thérapeute lui-même survivant de trauma complexe, ce livre couvre les 4F, les flashbacks émotionnels, le critique intérieur, le reparenting et les outils concrets de gestion du quotidien.
Bessel van der Kolk — Le corps n'oublie rien	Une exploration approfondie de la façon dont le trauma s'inscrit dans le corps. Accessible au grand public. Fondamental pour comprendre pourquoi les approches purement cognitives ne suffisent pas.
Judith Herman — Trauma et rétablissement	Le livre qui a posé les bases de la compréhension moderne du trauma complexe. Indispensable pour comprendre la dimension politique et sociale du trauma.
Paul Gilbert — L'esprit compatissant	Introduction à la Thérapie Focalisée sur la Compassion (CFT) — particulièrement utile pour le travail sur la honte chronique et le critique intérieur.
Daniel Siegel — La pleine conscience du cerveau	Introduction aux neurosciences de l'attachement et de la régulation émotionnelle. Utile pour comprendre la fenêtre de tolérance et les mécanismes de régulation.

□ Note finale

Ce guide a été écrit par quelqu'un qui vit avec un CPTSD, qui l'accompagne professionnellement, et qui croit profondément que la psychoéducation honnête et accessible peut changer quelque chose.

Si quelque chose dans ce guide t'a parlé — si tu t'es reconnu·e, si ça a mis des mots sur quelque chose que tu portais sans pouvoir le nommer — alors il a fait ce pour quoi il a été écrit.

ANNEXE 1

Glossaire

Adaptations de survie

Stratégies développées par le système nerveux pour naviguer dans un environnement insécure ou menaçant. Dans le CPTSD, elles prennent souvent la forme des réponses 4F (Fight, Flight, Freeze, Fawn). Elles ne sont pas des défauts de personnalité — elles ont eu une fonction protectrice, et elles persistent à l'âge adulte parce que le corps continue de les activer automatiquement, même quand l'environnement a changé.

Alliance thérapeutique

Qualité de la relation entre une personne et son·sa thérapeute — incluant la sécurité ressentie, l'accord sur les objectifs et les méthodes, et le lien affectif. Dans le CPTSD, l'alliance thérapeutique est souvent plus déterminante que la technique utilisée. Les ruptures dans cette alliance, bien réparées, peuvent être parmi les moments les plus thérapeutiques du parcours.

Attachement désorganisé (fearful-avoidant)

Style d'attachement qui se développe quand la figure de soin est elle-même source de danger ou de terreur — créant une impasse insoluble pour l'enfant. À l'âge adulte, il se manifeste par une attirance intense vers la proximité doublée d'une peur profonde de cette même proximité. C'est le style d'attachement le plus fréquemment associé au CPTSD.

Bottom-up (approche)

Approche thérapeutique qui part du corps, des sensations et des états émotionnels pour remonter vers la cognition. L'EMDR, l'ICV, les approches somatiques et la théorie polyvagale s'inscrivent dans cette direction. Particulièrement pertinentes dans le CPTSD parce que le trauma est d'abord une expérience subcorticale — inscrite dans des structures cérébrales qui ne sont pas directement accessibles par le langage.

CPTSD / TSPT-C (Trouble de Stress Post-Traumatique Complexe)

Reconnaissance officielle dans la CIM-11 (2018) d'une forme de trauma distincte du PTSD classique. Le CPTSD se développe dans des contextes d'exposition prolongée, répétée et souvent relationnelle. Il inclut les symptômes classiques du PTSD (reviviscences, évitement, hypervigilance) plus trois dimensions supplémentaires : dysrégulation émotionnelle persistante, image de soi négative durable, et difficultés relationnelles chroniques.

Critique intérieur

Voix intérieure souvent intériorisée depuis l'environnement d'origine, qui produit des jugements négatifs constants sur soi-même. Dans le CPTSD, il est l'un des principaux vecteurs de la honte toxique et joue un rôle central dans le cycle d'activation traumatique. Il se manifeste sous deux formes principales : les attaques de perfectionnisme (alimentées par la honte) et les attaques de mise en danger (alimentées par la peur).

Décompensation différée

Phénomène par lequel un CPTSD peut rester sous le seuil de détection pendant des années avant de se manifester avec toute sa force. Le système nerveux peut maintenir une stabilité apparente tant que certaines conditions compensatoires sont en place — puis s'effondrer quand elles changent, souvent interprété à tort comme un « effondrement soudain » chez quelqu'un qui « allait bien. »

Dissociation

Mécanisme de protection du système nerveux face à des expériences qui débordent ses capacités d'intégration. C'est un spectre continu — des formes légères (déréalisation passagère, sentiment d'être à côté de soi) aux formes plus structurées (parts avec états distincts, TDI). Dans le CPTSD, la dissociation est fréquente et prend souvent des formes subtiles qui passent inaperçues pendant longtemps.

EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing)

Approche thérapeutique qui utilise des stimulations bilatérales (mouvements oculaires, tapotements) pour faciliter le retraitement des souvenirs traumatiques. Efficace dans le trauma, mais nécessite des adaptations importantes dans le CPTSD — notamment une phase de stabilisation étendue et une évaluation soigneuse de la dissociation avant de commencer.

Fawn

Quatrième réponse traumatique du modèle de Pete Walker — l'adaptation par le soin, la complaisance et l'effacement de soi. Elle se développe quand l'enfant apprend que la sécurité passe par l'anticipation des besoins de l'autre et la minimisation de ses propres besoins. À l'âge adulte, elle peut se manifester comme une tendance au surdon, à la difficulté à poser des limites, et à la confusion entre ses propres désirs et ceux des autres.

Fenêtre de tolérance

Zone d'activation dans laquelle le système nerveux peut fonctionner de façon intégrée — ressentir sans être submergé-e, penser clairement, agir de façon choisie. En dehors de cette fenêtre, on bascule soit en hyperactivation (anxiété, colère, reviviscences) soit en hypoactivation (engourdissement, dissociation, effondrement). Dans le CPTSD, elle est souvent très étroite. Le travail thérapeutique vise à l'élargir progressivement.

Flashback émotionnel

Concept développé par Pete Walker — état émotionnel intense et soudain (honte massive, terreur inexplicable, tristesse envahissante, colère disproportionnée) qui semble appartenir au présent mais est en réalité une mémoire traumatique réactivée. Contrairement aux flashbacks classiques, il n'a souvent pas d'image associée — juste un état intense qui peut durer des heures ou des jours. Il est souvent confondu avec de l'instabilité émotionnelle ou une « crise. »

Honte toxique

Forme chronique et globale de honte qui ne porte pas sur des actes (« j'ai fait quelque chose de mal ») mais sur l'identité entière (« je suis fondamentalement défectueux·se »). Elle est centrale dans le CPTSD et se construit dans des expériences répétées d'invalidation, d'humiliation ou d'invisibilisation. Elle est inscrite dans le corps autant que dans les pensées, et ne se dissout pas par la seule réflexion cognitive.

ICV (Intégration du Cycle de la Vie)

Approche thérapeutique narrative et relationnelle qui travaille sur les expériences difficiles à travers l'histoire de vie. Elle permet de travailler sur des lignes de temps courtes et récentes avant de remonter progressivement — ce qui en fait une approche particulièrement adaptée au CPTSD développemental. Elle intègre le reparenting et l'attunement émotionnel du thérapeute comme éléments centraux du traitement.

Intégration

Objectif central du travail thérapeutique dans le CPTSD — pas l'effacement des souvenirs traumatiques, mais leur inscription dans un récit cohérent avec un début, un milieu et une fin. Un souvenir intégré peut être évoqué sans déclencher une réactivation complète du système nerveux. L'intégration se fait en couches — cognitive, émotionnelle, somatique, identitaire, relationnelle — et de façon non linéaire.

Mémoire implicite

Mémoire non-déclarative — ce que le corps, les réflexes, les comportements automatiques et les patterns relationnels « savent » sans que la conscience explicite en ait gardé trace. Elle se forme très tôt dans la vie, avant même que le langage soit disponible. C'est le siège de beaucoup de réactivations traumatiques dans le CPTSD — on réagit sans savoir pourquoi, parce que la mémoire implicite s'active avant la mémoire explicite.

Parts

Aspects de la personnalité qui se sont organisés de façon relativement autonome pour gérer les expériences traumatiques — portant chacun des morceaux d'expérience, des émotions, des façons d'être. Concept central dans les approches comme l'IFS et dans la théorie de la dissociation structurelle. Les « parts » ne sont pas pathologiques en soi — elles sont des adaptations intelligentes qui méritent d'être reconnues et accueillies plutôt que combattues.

Reparenting

Processus thérapeutique par lequel une personne apprend à se traiter avec la bienveillance, la protection et l'attunement qu'elle n'a pas reçus dans l'enfance. Peut se faire via la relation thérapeutique (reparenting externe) ou via un travail intérieur avec ses propres parts (reparenting interne). Concept central dans la thérapie des schémas et dans le travail de Pete Walker.

Système nerveux autonome

Système neurobiologique qui régule les fonctions automatiques de l'organisme — dont les réponses de stress. Il fonctionne selon deux modes principaux : le système sympathique (activation, mobilisation, lutte ou fuite) et le système parasympathique (apaisement, régulation). Dans le CPTSD, il reste souvent « coincé » en mode activation ou en mode effondrement, avec une capacité de régulation réduite.

TDI (Trouble Dissociatif de l'Identité)

Forme la plus structurée du spectre dissociatif — caractérisée par des identités alternantes avec des états, des mémoires et des façons d'être distincts. Souvent stigmatisé et mal compris, y compris dans le milieu clinique. Il se développe comme réponse adaptative à des expériences traumatiques précoces, répétées et sévères.

Top-down (approche)

Approche thérapeutique qui part de la cognition, du sens et du langage pour descendre vers le corps et les émotions. La TCC cognitive est principalement top-down. Elle montre des limites dans le CPTSD si elle n'est pas articulée avec des approches bottom-up — parce que le trauma est inscrit dans des structures cérébrales qui ne répondent pas directement au langage.

Transfert

Dans le contexte du CPTSD (et non au sens psychanalytique strict) : phénomène par lequel une personne réagit inconsciemment à son·sa thérapeute ou à ses proches comme si ils-elles étaient des figures de l'environnement d'origine. C'est souvent un type de flashback émotionnel relationnel — une mémoire traumatique qui se réactive dans la relation présente.

ANNEXE 2

Ressources recommandées

● Disponible en français

● En anglais

EN FRANÇAIS

Pete Walker — Le CPTSD : de la survie à l'épanouissement

La référence centrale de ce guide. Écrit par un thérapeute lui-même survivant de trauma complexe, ce livre est à la fois accessible et cliniquement solide. Il couvre les 4F, les flashbacks émotionnels, le critique intérieur, le reparenting et les outils concrets de gestion du quotidien.

Bessel van der Kolk — Le corps n'oublie rien

Une exploration approfondie de la façon dont le trauma s'inscrit dans le corps — et des approches thérapeutiques qui en tiennent compte. Accessible au grand public. Fondamental pour comprendre pourquoi les approches purement cognitives ne suffisent pas.

Judith Herman — Trauma et rétablissement

Le livre qui a posé les bases de la compréhension moderne du trauma complexe. Plus clinique que les autres, mais accessible. Indispensable pour comprendre la dimension politique et sociale du trauma.

Paul Gilbert — L'esprit compatissant

Introduction à la Thérapie Focalisée sur la Compassion (CFT) — particulièrement utile pour le travail sur la honte chronique et le critique intérieur. Accessible et pratique.

Daniel Siegel — La pleine conscience du cerveau

Introduction aux neurosciences de l'attachement et de la régulation émotionnelle. Accessible, avec des outils pratiques. Utile pour comprendre la fenêtre de tolérance et les mécanismes de régulation.

EN ANGLAIS

Pete Walker — Complex PTSD: From Surviving to Thriving

Version originale en anglais — plus complète que la traduction française sur certains points, notamment sur le cycle d'activation et les outils de gestion du critique intérieur.

Babette Rothschild — The Body Remembers & 8 Keys to Safe Trauma Therapy

Deux références essentielles sur le travail somatique dans le trauma — et sur comment le faire de façon safe. Particulièrement utile pour comprendre la régulation du système nerveux.

Janina Fisher — Healing the Fragmented Selves of Trauma Survivors

Une des références les plus complètes sur le travail avec les parts dans le trauma complexe. Plus clinique — utile pour les professionnels et les personnes qui veulent comprendre en profondeur.

Van der Hart, Nijenhuis & Steele — The Haunted Self

La référence académique sur la théorie de la dissociation structurelle de la personnalité. Plus technique — mais incontournable pour comprendre le spectre dissociatif dans le CPTSD.

Kristin Neff — Self-Compassion: The Proven Power of Being Kind to Yourself

Introduction pratique à l'autocompassion — avec des exercices concrets. Utile en complément du travail sur la honte et le critique intérieur.

RESSOURCES EN LIGNE

ISSTD — International Society for the Study of Trauma and Dissociation

isstd.org — Ressources cliniques sur le trauma complexe et la dissociation. En anglais, mais avec une section publique accessible.

@healing.is.the.new.black

Le compte sur lequel ce guide prend racine — psychoéducation en français sur le trauma complexe, les dynamiques relationnelles, et les enjeux systémiques.

COMPTE INSTAGRAM ANGLOPHONES — CPTSD

 @healing.and.cptsd

354K abonnés · Communauté survivor-led par @complex.dani

L'une des plus grandes communautés anglophones sur le CPTSD. Fondée par une survivante elle-même diagnostiquée à 32 ans. Militante pour la reconnaissance du CPTSD dans le DSM. Espace inclusif (BIPOC, LGBTQIA+, personnes en situation de handicap).

 @healingfromcomplexptsd

174K abonnés · Linda Meredith, conseillère clinique trauma-trained

Contenu clinique solide, outils pratiques, formations en ligne. Approche fondée sur les neurosciences du trauma.

 @cptsdmedicine

44K abonnés · Tanner Wallace, PhD — formée IFS niveau 3

Contenu long format, approche critique et nuancée. Particulièrement forte sur l'IFS et le travail avec les parts. Prolongements en podcast.

 @cptsdfoundation

48K abonnés · CPTSD Foundation

Organisation dédiée à la recherche et au soutien autour du trauma complexe. Contenu éducatif régulier, ressources cliniques, plaidoyer pour la reconnaissance du CPTSD.

 @thecomplexptsdclub

Communauté survivor-led intimiste

Contenu validant, moins clinique, très accessible pour les personnes en début de parcours.