

Utilisations de la psychologie énergétique à la suite d'événements catastrophiques

David Feinstein*

Pratique libérale, Ashland, OREGON, États-Unis

LIBRE ACCÈS

Edité par:

*Peta Stapleton, Bond University,
Australia*

Relu par:

*Robert J. Hoss,
National Institute for Integrative
Healthcare, États Unis*

*Robert Schwarz,
Association for Comprehensive
Energy Psychology, États Unis*

Contact

*David Feinstein david@inner-
source.net*

Rubrique spécialisée :

*Cet article a été soumis à
Psychology for Clinical Settings,
rubrique du journal Frontiers in
Psychology*

Réception : 16 Janvier 2022

Accepté : 14 Février 2022

Publié : 25 Avril 2022

Citation :

*Feinstein D (2022) Uses of Energy
Psychology Following Cata-
strophic Events. Front. Psychol.
13:856209.
doi: 10.3389/fpsyg.2022.856209*

**Traduit de l'anglais par
Quantum Way**

La psychologie énergétique, telle qu'elle est la plus largement pratiquée, combine la stimulation manuelle des points d'acupuncture, l'exposition imaginaire, la restructuration cognitive et d'autres procédures psychothérapeutiques ayant fait leurs preuves. L'efficacité des protocoles de psychologie énergétique a été établie dans plus de 120 essais cliniques, avec des méta-analyses montrant des effets importants sur le trouble de stress post-traumatique (TSPT), l'anxiété et la dépression. L'approche a été appliquée à la suite de catastrophes naturelles et humaines dans plus de 30 pays. Sont décrits ici les quatre niveaux d'interventions de la psychologie énergétique, après mise en place de la sécurité, de la confiance et de la relation, en incluant (1) le soulagement/la stabilisation immédiate, (2) la réduction de l'activation limbique des déclencheurs liés au traumatisme, (3) le dépassement de l'ensemble des difficultés psychologiques et (4) le retour à un fonctionnement optimal. Le premier niveau est le plus pertinent dans les premiers secours psychologiques immédiatement après une catastrophe, les niveaux suivants étant progressivement introduits au fil du temps, au fur et à mesure des réactions de stress complexes et des troubles chroniques. Les avantages de l'ajout de la stimulation des points d'acupuncture à une approche de traitement conventionnel sont reconnus, et les défis liés aux sensibilités culturelles et aux effets non intentionnels sont à l'étude. Après avoir présenté le cadre de travail et introduit la psychologie énergétique dans les opérations de secours en situation de catastrophe, des comptes rendus extraits de contextes différents seront exposés, sous forme d'entretiens avec l'auteur de ce document. Il s'agit notamment de comptes rendus d'opérations de secours menées auprès de survivants de fusillades, de génocides, de guerres ethniques, de tremblements de terre, d'ouragans, de tornades, d'inondations, de feux de forêt et de la pandémie de COVID-19. Des centaines d'autres rapports de terrain montrent que l'utilisation de la psychologie énergétique dans les jours ou les semaines qui suivent une catastrophe, et le traitement ultérieur des problèmes psychologiques liés aux traumatismes, donnent de bons résultats. Nombre de ces témoignages se rejoignent en termes de soulagement rapide et de bénéfices à long terme. Enfin, seront présentés des exemples de techniques d'intervention plus efficaces telles que le recours aux grands groupes, aux accompagnants non professionnels, à la technologie numérique ainsi que la manière de cultiver la résilience communautaire.

Mots clés : acupression, acupuncture, événements catastrophiques, catastrophes, techniques de libération émotionnelle, psychologie énergétique, thérapie du champ mental

«Si les catastrophes naturelles font les gros titres et captent l'attention nationale à court terme, le travail de réhabilitation et de reconstruction s'inscrit dans la durée.»

–Sylvia Mathews Burwell

Ancien secrétaire américain à la santé et aux services sociaux

INTRODUCTION

La psychologie énergétique est un nouveau traitement de guérison émotionnelle et de développement psychologique, qui implique la stimulation somatique des points d'acupuncture (acupoints) en les tapotant du bout des doigts. Les preuves de sa rapidité et de son efficacité se sont rapidement accumulées, démontrées dans plus de 120 essais cliniques, et analysées dans le livre *La science du Tapping* (Stapleton, 2019). Stapleton fait référence à la psychologie énergétique et à d'autres interventions somatiques comme constituant la « quatrième vague » de psychothérapie, après la psychanalyse, la thérapie comportementale et les approches cognitives (p. xxiii). Une estimation crédible du psychiatre de Harvard Leskowitz (2016) a placé le nombre de thérapeutes intégrant les techniques de la psychologie énergétique dans leurs pratiques dans les « dizaines de milliers » (p. 181). Lorsqu'elle a été apportée aux individus et aux communautés à la suite d'une catastrophe, les performances de l'approche ont été particulièrement prometteuses en raison de sa capacité à réguler rapidement les séquelles physiologiques du traumatisme, une affirmation que nous développerons dans cet article.

INCIDENCE ET CONSÉQUENCES PSYCHOLOGIQUES DES CATASTROPHES MAJEURES

Le nombre de catastrophes *naturelles* majeures enregistrées au cours de la décennie 2010-2019 dans le monde a presque doublé par rapport à la décennie 2000-2009 (passant de 4 212 à 7 348), car « les événements météorologiques extrêmes sont venus dominer le paysage des catastrophes au XXI^e siècle » (Bureau de la coordination des affaires humanitaires des Nations unies [BCAH], 2020, p. 1). Parallèlement, une analyse des bases de données portant sur les catastrophes *d'origine humaine* survenues dans les pays industrialisés au cours du XX^e siècle a révélé une « croissance exponentielle » de leur fréquence (Coleman, 2006, p. 3). Les fusillades de masse, le terrorisme, les génocides, les guerres et les conflits violents qui touchent les populations civiles, associés à une fréquence accrue des accidents industriels sont à l'origine de cette escalade.

Qu'elles soient naturelles ou d'origine humaine, les catastrophes entraînent des perturbations et des troubles graves non seulement dans la vie des individus mais aussi dans « le fonctionnement d'une société » (Karácsonyi et al., 2021, p. 28). La gestion des interventions en cas de catastrophe s'est concentrée sur les besoins physiques et économiques, tandis que les problèmes de santé mentale causés par les catastrophes ont souvent été un « domaine négligé » (Makwana, 2019, p. 3091).

Parmi les problèmes de santé mentale répertoriés par Makwana, outre le syndrome de stress post-traumatique (SSPT), figurent l'anxiété généralisée, la dépression, le choc, le désespoir, le chagrin, la tristesse, la colère, le déni, les comportements inadaptés, la toxicomanie, l'insécurité, les troubles du sommeil, les sautes d'humeur, la méfiance, la paranoïa, les obsessions, la perte du rôle habituel dans la communauté et les maladies physiques liées au stress. Ces effets psychologiques des catastrophes sont particulièrement graves chez les enfants, les femmes et les personnes âgées dépendantes.

INTERVENTIONS PSYCHOLOGIQUES À LA SUITE DE CATASTROPHES

Les prestataires de services de santé mentale « ont commencé à intervenir en grand nombre lors de catastrophes dans les années 1990 » (DeAngelis, 2014, p. 63). À l'origine, ils pratiquaient des interventions de groupe au cours desquelles les survivants, les intervenants et les membres de la famille partageaient tous leurs expériences. Les interventions d'aujourd'hui sont plus pointues. Elles impliquent de reconnaître que pour la plupart des gens, un processus naturel de rétablissement se produira au fil du temps. Les interventions appropriées dans les jours qui suivent une catastrophe comprennent la réduction de l'agitation, l'explication et la normalisation des réactions émotionnelles extrêmes, la mise en place d'un sentiment de sécurité, la stabilisation, la facilitation des mises en relation avec les structures de soutien, et l'aiguillage des personnes ayant besoin d'un soutien psychologique plus ciblé. Les équipes d'intervention de crise en santé mentale travaillent généralement en collaboration avec les organismes de secours d'urgence, comme la Croix-Rouge, ainsi qu'avec les ressources communautaires locales.

Mme DeAngelis a basé son article, « Ce que tout psychologue devrait savoir sur les catastrophes », sur des entretiens avec des pionniers de l'élaboration et de la mise en œuvre d'interventions psychologiques à la suite d'événements catastrophiques, ainsi que sur le numéro spécial de novembre 2011 de *l'American Psychologist* sur le thème « 9/11, 10 ans plus tard ». Tout en soulignant que de nombreuses personnes font preuve de résilience après une catastrophe sans recevoir de psychothérapie, elle a également noté que pour celles qui présentent une détresse grave ou des difficultés de fonctionnement, les premiers soins psychologiques peuvent les aider à se stabiliser et à reprendre leur vie en main. Pour ceux qui sont encore traumatisés plusieurs semaines après la catastrophe, diverses formes d'accompagnement de crise ont été développées.

D'une durée allant d'une seule séance à un nombre illimité de séances, M. DeAngelis explique que l'accompagnement de crise diffère des autres formes d'accompagnement dans sa forme plus directe et pragmatique, concentrée sur les préoccupations pratiques et émotionnelles. L'accompagnement de crise met également l'accent sur les compétences nécessaires au rétablissement psychologique. Des techniques simples de gestion du stress peuvent inclure la respiration diaphragmatique, la tenue d'un journal ou la pratique d'activités

agréables et stimulantes. Les techniques cognitives permettant de recadrer l'expérience et les conclusions qui en sont tirées, sont également utilisées dans le cadre de l'accompagnement de crise, tout comme les techniques d'exposition visant à réduire les réponses du système limbique aux souvenirs et aux signaux déclencheurs.

L'une des premières structures à introduire systématiquement les interventions psychocorporelles dans les programmes post-catastrophe est le Center for Mind-Body Medicine de Washington, D.C. Dans une étude de son approche menée 5 ans après la fin de la guerre au Kosovo en 1999, 82 adolescents qui étaient encore des enfants pendant la guerre et qui répondaient aux critères du TSPT ont été répartis de manière aléatoire dans un programme de groupe de 12 sessions d'apprentissage des techniques psychocorporelles, ou dans la liste d'attente d'un groupe contrôle (Gordon et al., 2008). Le programme comprenait « la méditation, la visualisation guidée et les techniques de respiration ; la verbalisation de soi, le dessin et le mouvement ; le training autogène et le biofeedback ; et le génogramme » (p. 1469). La diminution des symptômes du TSPT chez les personnes ayant suivi le programme a atteint un niveau statistique significativement élevé par rapport au groupe témoin ($p < 0,001$). Les bénéfices ont été maintenus lors du suivi à 3 mois. Le groupe contrôle a ensuite suivi le programme et a montré des améliorations similaires sur les mesures pré/post. Depuis une trentaine d'années, ce centre propose et développe ses programmes corps-esprit pour traiter les « traumatismes psychologiques et le stress à l'échelle de la population¹ ».

ÉTUDES COMPARATIVES DES INTERVENTIONS PSYCHOLOGIQUES APRÈS DES ÉVÉNEMENTS CATASTROPHIQUES

Plusieurs études ont utilisé des méthodes méta-analytiques pour comparer les résultats des psychothérapies appliquées à la suite de catastrophes ou d'autres formes de violences mentales sévères (Brown et al., 2017 ; Morina et al., 2017 ; Purgato et al., 2018 ; Bangpan et al., 2019 ; Mavranezouli et al., 2020a ; van Ginneken et al., 2021). Ces études ont révélé que l'efficacité des diverses méthodes utilisées pour réduire les symptômes liés au traumatisme et améliorer le fonctionnement varie. La majorité des approches étudiées étaient des variantes de la thérapie cognitivo-comportementale (TCC), comme la thérapie d'exposition narrative (NET) et une forme de TCC centrée sur le traumatisme (TCC-CT). La TCC est considérée par beaucoup comme la « norme d'excellence » pour le traitement des troubles psychologiques graves (David et al., 2018). Cependant, d'autres thérapies ont également été incluses dans les comparaisons, comme la méditation, la thérapie par le jeu avec les enfants, la thérapie familiale, la désensibilisation et le retraitement par les mouvements oculaires (EMDR), la thérapie du champ mental (TFT) et les techniques de libération émotionnelle (EFT).

La TFT et l'EFT sont toutes deux des formes de psychologie énergétique, objet de la présente étude. Dans chacune des six études citées ci-dessus, une modalité de psychologie

énergétique était incluse dans la comparaison, et l'approche a démontré de solides résultats. Par exemple, Brown et al. (2017) ont réalisé une méta-analyse des traitements psychologiques sur des enfants ayant subi les effets d'un traumatisme à la suite d'une catastrophe d'origine humaine ou naturelle. Une seule des 36 études a utilisé une approche de psychologie énergétique, la TFT. L'indice d'efficacité allait de 0,09, un petit effet, à 4,19, un effet extrêmement important. L'ampleur moyenne de l'effet avant et après le traitement dans l'ensemble des groupes était de 1,47, un effet important. L'effet le plus important des traitements étudiés, 4,19, a été produit par la TFT. Dans l'étude comparative de Mavranezouli et al. (2020a), l'EFT figurait parmi les 17 interventions étudiées pour traiter les jeunes traumatisés. L'EFT s'est révélée être l'une des deux thérapies les plus efficaces pour réduire les symptômes du TSPT à la fin du traitement, et la plus efficace des 17 interventions pour maintenir l'amélioration des symptômes du TSPT lors du suivi. Les thérapies utilisant des stimulations manuelles de points situés sur le corps (surnommées « tapping thérapies » par les anglo-saxons) ont, en fait, bien résisté à « l'étalon-or » de la TCC. Sur 10 études comparatives entre les deux modalités, toutes les 10 ont montré des résultats au moins équivalents et, dans plusieurs études, les protocoles de psychologie énergétique ont surpassé la TCC en rapidité et en durabilité lors du suivi (examiné dans Feinstein, 2021b).

Huit des dix comparaisons directes entre la TCC et les approches de la psychologie énergétique étaient des essais contrôlés randomisés (ECR). L'un des deux essais qui n'était pas un essai contrôlé donne une idée des différences vécues par les personnes bénéficiant des traitements. Il s'agissait d'une étude rétrospective menée au Kurdistan auprès de personnes ayant subi des violences, des atrocités et des bouleversements politiques continus pendant et après la guerre d'Irak (Seidi et al., 2021). Les résultats du traitement ont été évalués pour les patients qui avaient été assignés à un seul psychothérapeute sur une période de deux ans. Le thérapeute avait été formé à la TCC, puis à la TFT. Trente et un patients répondant aux critères de l'étude ont été soumis à la TCC ou à la TFT selon un échantillon par choix raisonné. Sur les 13 clients qui ont reçu les traitements traditionnels de TCC, l'un d'entre eux s'est amélioré et les autres n'ont montré aucun changement dans leurs symptômes, une détérioration des symptômes ou ont abandonné le traitement. Les 11 clients qui ont reçu le traitement TFT ont tous montré une amélioration symptomatique. Sept de ceux qui avaient reçu un traitement TCC et qui n'ont montré aucune amélioration ou aucune promesse d'amélioration (les raisons invoquées par le thérapeute comprenaient des facteurs culturels, le niveau d'éducation, la difficulté à appliquer des concepts théoriques tels que la surgénéralisation, l'incapacité à faire les devoirs et la fatigue due au nombre et à la durée des séances de thérapie) ont ensuite reçu un traitement TFT. Les traitements TFT ont conduit à une amélioration dans chaque cas.

Il est tout à fait possible que le seul thérapeute de cette étude ait été tout simplement plus habile avec la TFT qu'avec la TCC, cependant, les thérapeutes que j'ai interviewés pour ce rapport et les rapports précédents, et qui se sont formés à un protocole de stimulation des acupoints, après avoir utilisé la TCC dans leur pratique, ont unanimement indiqué que l'ajout du « tapping »

¹<https://cmbm.org/>

aux techniques d'exposition conventionnelles augmentait la vitesse et la puissance des méthodes qui impliquent de revisiter les événements traumatiques. Mollon (2008), par exemple, a écrit que la psychologie énergétique n'est pas une alternative à la TCC, mais une « composante additionnelle cruciale qui augmente considérablement son efficacité », fournissant des moyens plus efficaces pour « la régulation des affects, la désensibilisation et la perturbation des schémas » (p. 619). Nous examinerons plus loin les raisons pour lesquelles les stimulations des acupoints combinés aux techniques d'exposition s'avèrent plus efficaces que les techniques d'exposition seules.

LA NATURE DE LA PSYCHOLOGIE ÉNERGÉTIQUE

La psychologie énergétique est un terme générique pour les approches thérapeutiques qui intègrent une composante « énergétique » (Feinstein, 2022b) dans le processus psychothérapeutique, souvent adaptée de systèmes de guérison et de systèmes spirituels traditionnels tels que le yoga et le qi gong (Gallo, 2004). La stimulation somatique des acupoints par des tapotements est la technique la plus largement utilisée et la plus étudiée dans le cadre de la psychologie énergétique. Plus de 120 essais cliniques démontrent l'efficacité de la stimulation manuelle des acupoints en tant qu'intervention psychothérapeutique, souvent avec une rapidité inhabituelle et des résultats durables (Feinstein en cours d'impression). Une méta-analyse récente a montré que les « tapotements » des points d'acupuncture sont un ingrédient essentiel de ces effets déterminants (Church et al., 2020). L'analyse des études a comparé des protocoles de stimulation des points d'acupuncture à des protocoles identiques, sauf qu'une modalité différente - respiration diaphragmatique ou stimulation de « points fictifs » - a remplacé le tapping des points d'acupuncture. La plupart des thérapeutes qui incorporent la stimulation des acupoints dans leurs pratiques ne l'identifient pas comme leur modalité principale, mais intègrent plutôt la technique dans leurs cadres cliniques existants (Feinstein, 2016).

Le mécanisme par lequel la stimulation des points d'acupuncture améliore les résultats cliniques entraîne la production de signaux qui activent ou désactivent des régions spécifiques du cerveau. Un programme de recherche de 10 ans à la Harvard Medical School, utilisant des appareils d'imagerie pour étudier les effets de la stimulation des points d'acupuncture par l'utilisation traditionnelle d'aiguilles, a révélé que certains points envoient des signaux à l'amygdale et à d'autres parties du système limbique qui en réduisent l'activation presque instantanément (Fang et al., 2009). Bien que l'acupuncture et la psychologie énergétique soient des pratiques très différentes, il a été démontré que la stimulation d'un point d'acupuncture par aiguille traditionnelle, et par stimulation manuelle génèrent des effets similaires. Par exemple, une étude en double aveugle comparant la pénétration par des aiguilles d'acupuncture à une pression non pénétrante qui simule la sensation de pénétration a révélé des améliorations cliniques équivalentes pour les deux interventions (Takakura et Yajima, 2009).

Les quelques études d'imagerie sur les tapotements

des acupoints dans un contexte psychothérapeutique réalisées à ce jour ont révélé des modifications cérébrales qui correspondent à une amélioration clinique. Par exemple, une étude d'IRMf portant sur des traitements par stimulation de points d'acupuncture chez des personnes obèses a montré que, avant le traitement, les régions cérébrales impliquées dans les envies de nourriture étaient activées lors de l'exposition d'images de « malbouffe » aux sujets; ces mêmes régions n'étaient plus activées après le traitement (Stapleton et al., 2019). Cette diminution de l'activation cérébrale correspondait à une diminution de l'envie de ces aliments. D'autres études d'imagerie ont montré que les tapotements des points d'acupuncture augmentent l'activité des régions exécutives frontales qui sont impliquées dans les choix rationnels et la gestion des réponses émotionnelles dans les situations de stress (Di Rienzo et al., 2019; König et al., 2019). Cette capacité d'activer ou de désactiver des régions ciblées du cerveau en combinant les stimulations des points d'acupuncture avec l'activation mentale de problèmes à traiter est peut-être l'un des principaux avantages de la technique. Elle est vraisemblablement à l'origine de l'élimination exceptionnellement rapide des schémas stimulus-réponse inadaptés, comme l'ont démontré les essais cliniques. Des effets bénéfiques sur les fonctions de régulation de nerf vague et d'interaction sociale ont également été observés à la suite de traitements par tapotements d'acupoints (Schwarz, 2018).

Les méta-analyses des protocoles de stimulations des points d'acupuncture appliqués au traitement de l'anxiété, de la dépression et du trouble de stress post-traumatique (TSPT) - trois des catégories de diagnostics qui apparaissent le plus fréquemment dans la pratique clinique - ont révélé des niveaux d'efficacité importants (supérieures à 0,8) pour chaque problématique. Dans la méta-analyse axée sur le traitement de l'anxiété, 14 ECR ont inclus un total de 658 participants (Clond, 2016). Le niveau d'efficacité global pour ces 14 études, du pré-traitement au post-traitement, était de 1,23. Dans l'étude de la dépression, 12 ECR comprenant un total de 398 participants avaient un niveau d'efficacité global, du pré-traitement au post-traitement, de 1,85 (Nelms et Castel, 2016). Dans l'analyse des traitements du TSPT, sept ECR avec un total de 247 participants ont également démontré un niveau d'efficacité inhabituellement élevée (2,96 ; Sebastian et Nelms, 2017). Parmi les autres troubles psychologiques pour lesquels les stimulations des points d'acupuncture se sont révélés efficaces, selon les études répertoriées dans une base de données tenue à jour par l'Association for Comprehensive Energy Psychology², figurent les phobies, la colère, le stress, les difficultés de concentration, les fringales, l'insomnie et les blocages de performance. Les affections physiques qui ont montré une amélioration statistiquement significative après les tapotements des points d'acupuncture comprennent la fibromyalgie, la douleur, les maux de tête, l'épaule gelée, le psoriasis, l'obésité, la fonction immunitaire, l'inflammation et la fonction cardiovasculaire.

Bien que les études méta-analytiques montrent des niveaux d'efficacité importants dans l'utilisation de protocoles de tapotement dans le cas du TSPT et de la dépression, les études d'efficacité réalisées à ce jour n'ont pas fait de distinction entre

² <https://www.energypsych.org/researchdb8c71b7>

le TSPT à événement unique et le TSPT complexe, ou entre les symptômes de dépression et les troubles dépressifs majeurs (Feinstein, en cours d'impression). Les cliniciens doivent donc faire preuve de prudence dans le cas des formes les plus graves de l'un ou l'autre de ces troubles. Une autre mise en garde s'impose : il existe pour l'instant peu de données sur l'efficacité des protocoles de tapping pour traiter des pathologies telles que les troubles psychotiques, la démence, l'autisme, la bipolarité ou les troubles de la personnalité profondément enracinés. Du fait de l'approche mécanique, une limite peut occasionnellement survenir : les tapotements peuvent sembler « bizarres », tout le monde ne se sent pas à l'aise en les pratiquant. La sécurité d'une modalité clinique est particulièrement importante lorsqu'on travaille avec des survivants de catastrophes. Le risque de « re-traumatiser » les gens en tentant de les aider à surmonter leurs difficultés émotionnelles à la suite d'événements catastrophiques est un défi permanent pour les thérapeutes en traumatologie (Duckworth et Follette, 2011). Les protocoles de stimulation des points d'acupuncture semblent moins vulnérables à ce risque que de nombreuses autres méthodes, car ils « sont conçus pour aborder la détresse de manière graduée et tolérable, en dosant l'exposition à un traumatisme si insupportable, qu'il aurait pu, sans cela, dépasser les capacités d'adaptation du patient » (Mollon, 2013, p. 355). Une étude des essais cliniques des traitements de psychologie énergétique impliquant plus de mille sujets a révélé qu'aucun événement

indésirable n'a été signalé (Church, 2013). Schulz (2009) a mené des entretiens approfondis avec 12 psychologues travaillant avec des adultes ayant survécu à des abus sexuels au cours de leur enfance, et a rapporté un constat commun à tous les entretiens à savoir que les protocoles de psychologie énergétique étaient considérés comme permettant aux clients de « soulager le traumatisme d'une manière non invasive [qui] réduit la possibilité de retraumatisation » (p. 17).

UN AUTRE TYPE D'EXPOSITION

L'exposition psychologique consiste à utiliser l'imagination ou le souvenir pour évoquer mentalement une situation anxiogène dans un contexte sûr. Cette procédure est appliquée pour réduire les déclencheurs de peur dans la réponse à la menace, et elle s'est avérée « très efficace pour les patients souffrant de troubles anxieux, au point que l'exposition devrait être considérée comme un traitement de première intention, basé sur des preuves, pour ces patients » (Kaplan et Tolin, 2011, p. 33). Fréquemment utilisée dans le cadre du travail sur le TSPT, la différence la plus fondamentale entre les protocoles de stimulation des acupoints et les autres approches psychologiques de guérison émotionnelle à long terme après une catastrophe peut-être observée dans les composantes de la procédure.

TABLEAU 1 | Deux approches opposées de l'exposition.

Traitements d'exposition conventionnels	Exposition avec une intervention somatique
(1) L'exposition brève, telle qu'elle est utilisée dans la désensibilisation systématique (10 à 15 s à chaque tour du protocole), peut être efficace pour les faibles niveaux d'activation, mais pas pour les stimuli très pénibles. De plus, un grand nombre de sessions sur une longue période est nécessaire pour que l'exposition brève soit efficace, même avec de faibles niveaux d'activation (Rothbaum and Foa, 1996/2007).	(1) L'exposition brève combinée à la stimulation des points d'acupuncture s'est avérée efficace pour des problématiques générant des niveaux d'activation aussi bien élevés que faibles, et quelques séries d'expositions brèves au cours d'une seule séance de thérapie sont souvent capables de découpler l'association entre un stimulus et une réponse de peur inadaptée.
(2) L'exposition prolongée est de fait généralement nécessaire dans le traitement des troubles anxieux, 20 minutes étant souvent nécessaires avant que l'anxiété associée à une phobie simple commence à diminuer et jusqu'à 60 minutes pour l'agoraphobie (Foa et al., 1989). Pour les scènes de traumatisme, jusqu'à 100 min d'immersion (où les déclencheurs anxiogènes sont présentés sous une forme intense et soutenue) ont été nécessaires avant qu'une diminution de l'anxiété soit rapportée (Keane, 1995).	(2) Une exposition prolongée ou une longue série d'expositions répétées ne sont pas nécessaires pour obtenir les résultats cliniques souhaités.
(3) Les patients doivent « concentrer leur attention sur les éléments traumatiques et... ne pas se distraire avec d'autres pensées ou activités » (Brewin, 2005, p. 272). On estime que le fait de permettre au client de s'éloigner « des éléments les plus traumatisants » n'est « pas plus efficace pour obtenir la disparition de l'anxiété que ne l'ont été les souvenirs intrusifs des épisodes passés » (Lyons et Keane, 1989, p. 147).	(3) Au cours des séances d'exposition, le centre d'intérêt n'est pas fixe, mais peut, pendant que les tapotements se poursuivent, se déplacer entre les souvenirs traumatiques et d'autres pensées, croyances, sensations physiques, émotions et attentes.
(4) L'exposition fonctionne pour la peur et l'anxiété mais ne semble pas efficace dans le traitement de la culpabilité ou d'autres émotions complexes qui nécessitent plus de structures cognitives (Foa and McNally, 1996).	(4) Les émotions qui nécessitent plus de structures cognitives, telles que la culpabilité, la honte ou le chagrin, ont répondu à cette approche.

Les sources pour les cases « Traitements d'exposition conventionnels » présentent des observations des promoteurs de l'approche, elles correspondent encore aux pratiques actuelles. Les cases « Composante somatique » ont été corroborées par une analyse de plus de 800 entretiens ou réponses à des enquêtes menées auprès de praticiens de la psychologie énergétique (Feinstein, 2021a).

Traitements d'exposition conventionnels

Une étude réalisée en 2008 par l'Institute of Medicine (IOM) de la National Academy of Sciences, *Treatment of Posttraumatic Stress Disorder : An Assessment of the Evidence*, a constaté que malgré près de trois décennies de recherche depuis l'adoption du TSPT comme catégorie diagnostique officielle, les études existantes « ne forment pas un ensemble cohérent de preuves sur ce qui fonctionne et ce qui ne fonctionne pas » (Committee on Treatment of Posttraumatic Stress Disorder, 2008, p. 10). Le seul type d'intervention (psychologique ou pharmaceutique) dont l'efficacité a été jugée comme empiriquement établie, est l'exposition imaginaire prolongée.

Bien que le point de vue selon lequel l'exposition est nécessaire au succès du traitement du TSPT ait été remis en question, en partie en raison de la possibilité de retraumatisation (Farrell et al., 2013), et que des traitements alternatifs aient été proposés (Markowitz et al., 2015), l'exposition prolongée reste l'approche la plus largement recommandée pour traiter le TSPT. Le guide de pratique clinique pour le traitement du trouble de stress post-traumatique de l'American Psychological Association (2017) a fortement appuyé la thérapie d'exposition prolongée, ou la thérapie d'exposition prolongée avec restructuration cognitive, comme principales interventions recommandées pour traiter le TSPT. La désensibilisation et le retraitement par mouvements oculaires (EMDR) ont fait l'objet d'une recommandation conditionnelle. La psychologie énergétique n'a pas été évaluée.

Incohérences dans les expériences cliniques des traitements d'exposition

Bien que l'EMDR et les protocoles de stimulation des points d'acupuncture (PSPA) soient des approches très différentes, toutes deux utilisent l'exposition imaginaire et la combinent avec une intervention somatique. Les interventions somatiques de l'EMDR peuvent inclure une stimulation bilatérale sous la forme de mouvements oculaires en va-et-vient, de vibreurs alternatifs ou d'autres moyens d'activer la stimulation droite-gauche, par exemple en tapotant alternativement sur les genoux, les jambes ou les épaules. Alors que les études d'efficacité établissaient l'EMDR comme un traitement efficace du TSPT, des données sur les résultats ont commencé à s'accumuler, qui ne correspondaient pas aux conclusions tirées des expériences avec d'autres traitements d'exposition (Rogers et Silver, 2002). Rogers et Silver ont noté, par exemple, que « les recherches précédentes suggèrent que les expositions brèves répétées n'entraînent une diminution de la peur que lorsque l'intensité du stimulus et l'excitation sont toutes deux faibles. Pourtant, l'EMDR utilise des expositions très brèves (20 à 30 secondes) [même si] l'intensité des stimuli est élevée, puisqu'on demande aux clients de commencer par se concentrer sur la scène la plus pénible » (p. 49).

Quatre différences entre les *modalités conventionnelles de la thérapie d'exposition* (telles que définies dans la littérature établissant l'approche) et *l'exposition associée à une intervention somatique* (selon les rapports des cliniciens) ont été définies (Feinstein, 2010) et sont résumées dans le tableau 1.

Les méthodes d'exposition conventionnelles

n'éliminent pas l'apprentissage initial de la peur.

Comment expliquer ces différences ? Une découverte surprenante au sein des neurosciences a été que les approches conventionnelles d'exposition *écrasent* plutôt qu'elles ne *remplacent* les apprentissages qui génèrent la peur, alors que d'autres approches sont capables de générer un nouvel apprentissage qui *élimine* complètement l'ancien, une différence ayant des implications cliniques substantielles (Dunsmoor et al., 2015). Plus précisément, si les anciennes associations sont écrasées au lieu d'être éliminées, le patient est vulnérable aux récurrences par (a) le *rétablissement spontané* de la réponse de peur conditionnée, (b) le *renouvellement* de la peur lorsque le signal originel est présenté en dehors du contexte d'apaisement, ou (c) la *réintégration*, lorsque le stimulus aversif originel est présenté sans le signal d'origine, mais renouvelle la capacité du signal d'origine à déclencher une réponse de peur. Si les anciennes associations ont été éteintes sur le plan neurologique, il faudrait toutefois un nouvel événement traumatique pour déclencher l'apparition de ces résurgences.

Des résurgences fréquentes de l'ancien apprentissage après des traitements d'exposition conventionnels ont été constatées en laboratoire et en milieu clinique (Dunsmoor et al., 2015). L'exposition ne s'avérait pas aussi efficace qu'espéré, même avec l'ajout de techniques de restructuration cognitive. En fait, des études et des méta-analyses récentes ont suggéré que la TCC, dont l'une des principales stratégies est le traitement par exposition, ne surpasse que légèrement l'effet placebo (Leichsenring et al., 2018), un résultat controversé mais provocateur.

La compréhension la plus communément partagée de la thérapie d'exposition était que l'extinction (l'élimination d'une réponse conditionnée telle que la peur des araignées) est provoquée par l'éradication d'une ancienne association, par des présentations répétées du déclencheur (le stimulus conditionné) dans un contexte sûr. Mais comme la réponse pouvait revenir spontanément, il était indéniable que l'apprentissage initial n'avait pas été éliminé, ce qui nécessitait une révision de la théorie. Foa et McNally (1996) ont expliqué que, sur la base de nombreuses preuves, « la réduction de la peur n'implique pas l'affaiblissement des associations en soi, mais plutôt la formation de nouvelles associations [qui] supplantent l'influence des associations pathologiques » (p. 339).

Parallèlement, des études neurochimiques ont indiqué que l'administration de certaines drogues, lorsqu'elles sont associées à des expériences de peur, permet d'éradiquer les anciennes associations de peur au niveau neurologique (Berlau et McGaugh, 2006). Cette conclusion a été tirée de multiples expériences montrant que la peur initiale ne pouvait être réactivée par aucune des méthodes connues pour réactiver des peurs éteintes. Un autre mécanisme, plus puissant que la compréhension partagée de l'extinction, a été découvert. Ce mécanisme explique que le cerveau a une deuxième façon de se mettre à jour, à partir d'une nouvelle expérience. La preuve en a été faite lorsque des interventions comportementales, plutôt que pharmaceutiques, ont été créées pour supprimer complètement la peur, d'abord chez des animaux de laboratoire (Monfils et al., 2009) et ensuite avec des sujets humains (Schiller

et al., 2010). Monfils et al. ont noté que les comparaisons entre les méthodes d'extinction conventionnelles et celles qui éliminent les anciennes associations plutôt que de les remplacer « engagent des mécanismes différents dans l'amygdale latérale et conduisent à un résultat comportemental radicalement différent » (p. 953).

Une autre des croyances dominantes parmi les neuroscientifiques était qu'une fois qu'un nouvel apprentissage est consolidé dans la mémoire à long terme, il est installé de façon permanente. Il pouvait être modifié, voire éclipsé par des expériences ultérieures, comme dans le processus d'extinction provoqué par les techniques d'exposition classiques, néanmoins, il subsistait et pouvait être réactivé. Des centaines d'études menées sur plusieurs décennies ont cependant montré que ce n'est pas la seule possibilité. Au contraire, « une mémoire consolidée peut [...] être modifiée, renforcée, changée ou même effacée ! » (Nader, 2003, p. 65). Pour que l'apprentissage soit effacé, il faut qu'une séquence se produise au cours de laquelle le résultat prévu par l'apprentissage originel ne se produit pas, un décalage que les neuroscientifiques appellent une « erreur de prédiction » (Exton-McGuinness et al., 2015).

Combiner la stimulation des acupoints avec l'exposition psychologique

Les PSPA (protocoles de stimulation des points d'acupuncture) parviennent à ce résultat en demandant au patient d'activer mentalement l'ancien apprentissage - nous resterons sur la peur des araignées - tout en envoyant des signaux de désactivation à l'amygdale par le biais des tapotements des points d'acupuncture. Après quelques séries de stimulations, le patient peut accéder à l'image d'une araignée, sans ressentir la peur attendue. Ce processus est illustré dans une vidéo de 13 minutes montrant des extraits d'un traitement de 30 minutes (disponible à l'adresse <http://phobiacase.EnergyPsychEd.com>). Comme vous pouvez le voir par la surprise sur le visage du patient, une erreur de prédiction a été créée. Il s'agit de la séquence de base nécessaire pour que les voies neuronales qui maintiennent l'ancien apprentissage soient « dépotentialisées » au niveau synaptique. L'apprentissage est « reconsolidé » d'une nouvelle manière, qui correspond à l'expérience récente. Une explication plus détaillée de ce processus est disponible ailleurs (par ex, Feinstein, 2019), mais pour comprendre le rôle de la psychologie énergétique dans le travail de secours en cas de catastrophe, les concepts clés sont les suivants : (a) une brève exposition est adéquate si elle est accompagnée de stimulation des acupoints, (b) la retraumatisation peut être évitée, et (c) les changements sont durables.

LA PSYCHOLOGIE ÉNERGÉTIQUE DANS LE TRAITEMENT DES SURVIVANTS DE CATASTROPHE

La psychologie énergétique a été appliquée à la suite de catastrophes naturelles ou d'origine humaine en Australie, en Bosnie, au Brésil, au Burundi, en Colombie, en République Démocratique du Congo, en Équateur, en Allemagne, au Guatemala, en Haïti, en Inde, en Indonésie, en Israël, au Japon,

au Kenya, au Kosovo, au Koweït, au Liberia, au Mexique, en Moldavie, à Nairobi, en Nouvelle-Zélande, au Nicaragua, au Nigeria, au Rwanda, en Sierra Leone, en Afrique du Sud, au Sud-Soudan, en Suède, en Tanzanie, en Thaïlande, au Venezuela et aux États-Unis. Les équipes aux États-Unis ont travaillé avec des survivants d'incendies, de tremblements de terre, d'ouragans, de tornades, d'accidents industriels et de fusillades dans les écoles, ainsi qu'avec des communautés et des établissements de soins de santé durement touchés par la pandémie de COVID-19.

Plusieurs organisations internationales d'aide humanitaire ont adapté la psychologie énergétique comme traitement dans leurs missions post-catastrophe. Capacitar International (« Capacitar » est un mot espagnol qui signifie « redonner du pouvoir », « éveiller », « donner vie à l'autre ») travaille depuis les années 1980 avec des communautés en réhabilitation, notamment celles qui ont subi des traumatismes, des violences, des guerres ou d'autres catastrophes³. Leur personnel a remporté de nombreux prix internationaux et leur portée s'étend sur les cinq continents. Parmi les principales modalités somatiques de Capacitar, on trouve l'EFT, la TFT et d'autres techniques d'acupression pour soulager la douleur physique et émotionnelle. Charles Figley, qui a présidé le comité du ministère des Anciens combattants, qui a été le premier à nommer le trouble de stress post-traumatique. Il est également le fondateur de Green Cross, et il a permis que cette phrase soit publiée sur un site Web de la psychologie énergétique en 2005 : « La psychologie énergétique s'avère rapidement être parmi les interventions psychologiques les plus puissantes à la disposition des équipes de secours en situation de catastrophe, pour aider les survivants ainsi que les équipes elles-mêmes. »

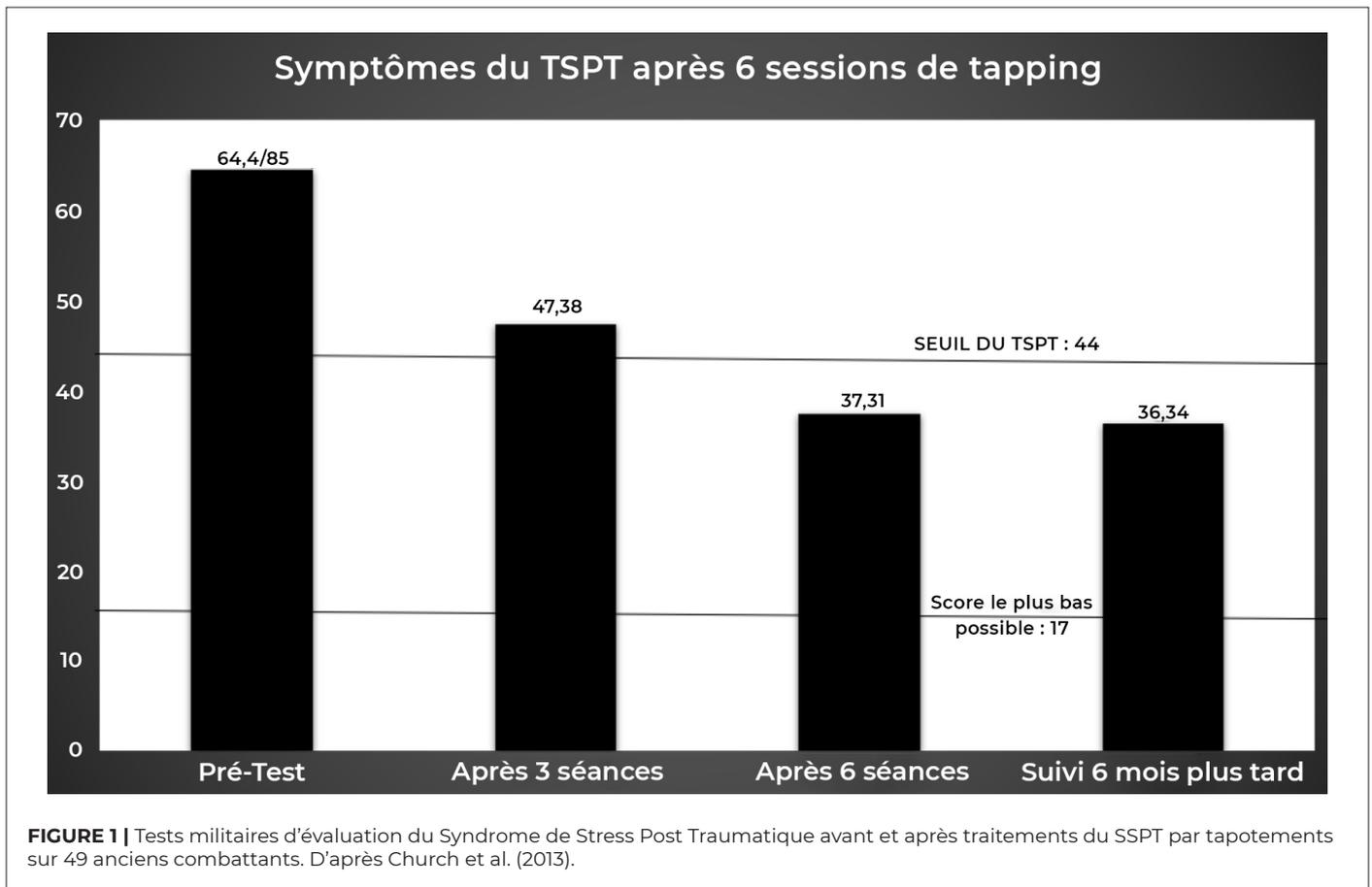
La plupart des personnes qui apportent de l'accompagnement psychologique dans les zones sinistrées suivent les lignes directrices généralement acceptées, indiquées par DeAngelis (2014) en termes de priorité accordée à l'atténuation de la détresse, d'explication et de normalisation des réactions émotionnelles extrêmes, d'aide à la stabilisation et au sentiment de sécurité, de mise en relation des survivants avec les structures de soutien appropriées, et de collaboration avec la communauté locale et tout organisme de secours sur place.

Une première étude

Le premier essai clinique randomisé - ECR - étudiant l'utilisation de la psychologie énergétique dans le cadre du TSPT a porté sur 49 anciens combattants dont les scores étaient dans la fourchette des symptômes du TSPT relevés et standardisés chez les vétérans (Church et al., 2013). Une amélioration spectaculaire a été constatée après six séances de traitement, 42 des 49 participants ne présentait plus un score supérieur au seuil du TSPT. Les participants avaient été recrutés dans tous les États-Unis et traités par des praticiens bénévoles. Les améliorations ont persisté lors du suivi à 6 mois (voir **figure 1**). L'étude a été reproduite avec des résultats similaires (Geronilla et al., 2016).

À titre de comparaison, environ deux tiers des militaires et des anciens combattants ayant suivi un traitement d'exposition prolongée et/ou une thérapie de traitement cognitif dans

³ <https://capacitar.org/>



des études évaluées par des pairs et publiées entre 1980 et 2015 répondaient encore aux critères diagnostiques du TSPT après le traitement (Steenkamp et al., 2015). Il n'y a eu qu'un seul abandon dans l'étude de Church et al. En revanche, neuf sur dix des 49 425 anciens combattants des guerres d'Irak et d'Afghanistan ayant reçu un diagnostic récent de TSPT et ayant sollicité des soins auprès d'établissements gérés par le ministère américain des vétérans ont abandonné avant d'avoir terminé les traitements conventionnels recommandés (Seal et al., 2010).

Quatre niveaux d'interventions en psychologie énergétique après les catastrophes

Si les traitements d'exposition sont généralement utilisés pour une guérison à long terme plutôt qu'immédiatement après une catastrophe, les PSPA (protocoles de stimulation des points d'acupuncture) peuvent être appliqués à tout moment après une catastrophe. Si une personne subit un traumatisme aigu, il n'est pas nécessaire qu'elle imagine l'événement traumatique. Elle est déjà en train de le vivre. Vous pouvez lui demander de simplement stimuler les points sur son corps pour réduire immédiatement sa détresse émotionnelle, comme avec toute autre technique de relaxation puissante. Le tapping peut également être utilisé à un stade ultérieur de la guérison pour désamorcer les souvenirs intrusifs ou non traités du traumatisme. Après avoir répondu aux besoins physiques, établi la sécurité et favorisé la confiance et la relation, un cadre

en quatre niveaux classe les interventions de psychologie énergétique dans les situations post-catastrophes en fonction de leur objectif (Feinstein, 2008) :

Premier niveau : Secours immédiat/Stabilisation

De même qu'un secouriste peut apprendre à un patient en proie à une crise d'angoisse une technique de contrôle de la respiration remédiant à l'hyperventilation, la psychologie énergétique utilise des interventions qui réduisent rapidement la réaction de lutte ou de fuite générée par le système limbique. Le tapotement sur des points d'acupuncture spécifiques dont la stimulation s'est avérée diminuer les signaux d'activation dans l'amygdale (Hui et al., 2005), par exemple, semble réduire rapidement les réponses émotionnelles élevées dans les situations stressantes. Cette procédure simple peut constituer une intervention efficace pour apporter les premiers secours psychologiques immédiatement après une catastrophe. Les praticiens commencent souvent par les interventions les plus réconfortantes destinées à apporter le soulagement et la stabilisation - comme la respiration diaphragmatique, les câlins, le bercement doux et le rappel que la personne a survécu et qu'elle est maintenant en sécurité - et introduisent un PSPA au besoin.

Deuxième niveau : Réduire l'activation limbique des déclencheurs liés aux traumatismes

Au-delà du soulagement immédiat, les stimulations des points d'acupuncture peuvent être appliquées pour modifier les

schémas inadaptés de réponse au stress qui se développent après une catastrophe. L'amplification de la peur, de la rage ou de l'angoisse peut être neurologiquement associée à un signal interne ou externe particulier. En réduisant l'hyperactivation limbique en présence du signal, les schémas affectifs, cognitifs et comportementaux autodestructeurs peuvent être interrompus, y compris les comportements d'évitement, une tendance apprise qui sert à renforcer le TSPT (Badour et al., 2012). L'isolement des réponses de stress extrême par rapport aux souvenirs, aux fantasmes effrayants ou aux déclencheurs externes est une clé de la réussite du traitement du TSPT (van der Kolk, 2014).

Troisième niveau : Surmonter les difficultés psychologiques complexes

Des problèmes complexes liées aux expériences d'attachement précoces, aux relations actuelles, aux objectifs personnels, aux styles d'adaptation, au cadre de travail et à la santé physique peuvent faire surface du fait de l'expérience traumatique et peuvent être traités efficacement, en particulier lorsque des progrès significatifs ont été effectués aux cours des deux premiers niveaux. L'approche de la psychologie énergétique permet d'identifier et de cibler les aspects saillants de problèmes complexes. Les facteurs contribuant à une faible estime de soi, par exemple, peuvent inclure des souvenirs non résolus d'abus émotionnels parentaux, des croyances autodestructrices, des évaluations exagérées de la menace interpersonnelle et de l'anxiété dans les situations sociales. La combinaison de la stimulation des acupoints avec l'activation mentale de scènes, de sentiments ou de croyances soigneusement sélectionnés peut être appliquée aux éléments d'un problème psychologique complexe, un par un. Un protocole de stimulation de pointq d'acupuncture visant à « neutraliser les croyances fondamentales négatives et à instiller des croyances positives » (Gallo, 2004, p. 181) est souvent appliqué. Qu'il s'agisse d'utiliser un PSPA pour résoudre un souvenir traumatique antérieur qui fait obstacle au traitement du traumatisme le plus récent, ou de s'attaquer à une croyance de l'enfance qui contribue au pessimisme et au désespoir, le démêlage de ces constellations fait souvent l'objet d'un traitement continu et peut être nécessaire dans le cadre d'une consultation post-catastrophe pour que la guérison soit complète.

Quatrième niveau : Promouvoir un fonctionnement optimal

Même après avoir rétabli la stabilité, neutralisé les réponses limbiques aux déclencheurs traumatiques et pris des mesures pour résoudre les schémas autodestructeurs qui remontent à l'enfance, les questions existentielles de la vie demeurent. En fait, l'expérience d'une catastrophe peut accentuer les questions de sens, l'incertitude quant à l'avenir, la réalité du mal et la conscience de l'inévitabilité de la mort. Pourtant, les personnes qui ont connu le pire de la vie s'en sortent émotionnellement et spirituellement. Comme l'a observé Tolstoï, « il y a quelque chose dans l'esprit humain qui survivra et prévaudra, il y a une minuscule et brillante lumière qui brûle dans le cœur de l'homme et qui ne s'éteindra pas, quelle que soit l'obscurité. »

En fait, de nombreuses personnes se découvrent, à la

suite d'une catastrophe, des forces et une résilience jusque-là inconnues. Le terme « croissance post-traumatique » décrit les « changements psychologiques positifs qui sont vécus à la suite des combats lors des circonstances de vie très difficiles » (Jayawickreme et Blackie, 2014, p. 312). Des entretiens avec des praticiens en psychologie énergétique suggèrent qu'une approche axée sur la psychologie énergétique peut aider à découvrir et à renforcer cette « lumière minuscule et brillante », favorisant des sentiments de connexion spirituelle et promouvant la sérénité, la confiance et le courage (Feinstein, 2021a). Bien qu'il s'agisse de difficultés persistantes, et qu'elles impliquent souvent des luttes intenses, il est possible de trouver une plus grande stabilité personnelle et un meilleur niveau de fonctionnement à la suite d'expériences traumatiques.

À ces troisième et quatrième niveaux, la psychologie énergétique est souvent intégrée à d'autres approches cliniques ou de développement personnel. En améliorant la résilience personnelle, les stratégies de la psychologie positive par exemple (telles que la « construction de forces tampon » comme la persévérance ou la capacité de plaisir, Seligman, 2002, pp. 6-7) peuvent fournir une base de travail, alors que les techniques de la psychologie énergétique sont utilisées pour inculquer ces forces.

Considérations situationnelles

Au-delà de la méthode, il y a le contexte. Les interventions de la psychologie énergétique dans les contextes post-catastrophes doivent être effectuées avec une compréhension des phases de secours aux sinistrés, une sensibilité aux questions culturelles, une vigilance sur les dynamiques contre-intuitives qui accompagnent souvent les interventions psychologiques après des catastrophes, et les propres vulnérabilités du praticien. Chacun de ces aspects est abordé dans cette section.

Calibrer les interventions en fonction des trois phases de l'aide aux sinistrés

Les applications de la psychologie énergétique à la suite d'une catastrophe doivent être calibrées en fonction des besoins et contraintes uniques de chaque individu et d'une compréhension des types d'intervention qui sont appropriés à différents moments après une catastrophe. Un ouvrage fondamental, *Interventions Following Mass Violence and Disasters : Strategies for Mental Health Practice* (Ritchie et al., 2007) comprend des chapitres qui traitent des principes d'*intervention immédiate* en cas de catastrophe (Ruzek 2007 ; Young, 2007 ; Ørner et al., 2007), les interventions *1 à 4 semaines* après l'exposition à un traumatisme (Bryant et Litz, 2007) et les interventions à plus long terme (Raphael et Wooding, 2007). Les quatre niveaux d'interventions de la psychologie énergétique correspondent à ces trois phases d'intervention des secours en situation de catastrophe dans Feinstein (2022a).

Sensibilité culturelle

Dans le cadre des interventions en santé mentale auprès de survivants de catastrophes, les considérations culturelles et démographiques sont parfois cruciales (Norris et Alegria, 2007). Bien qu'il existe peu de preuves empiriques basées uniquement sur le travail avec des survivants de catastrophes pour guider

les praticiens en psychologie énergétique dans l'établissement de traitements différentiels pour des populations sinistrées spécifiques, MacKay et Alfred (2013) ont défini des principes généraux pour l'utilisation de protocoles de stimulation de points d'acupuncture avec des groupes ethniques et culturels différents de ceux du praticien. Ceux-ci peuvent également être appliqués dans les situations post-catastrophe.

Le Dr Carl Johnson, un pionnier de l'application de la psychologie énergétique (plus précisément de la TFT) dans les contextes post-catastrophes, a souligné lors de nos entretiens que le succès du traitement peut parfois «dépendre de l'utilisation d'un mot culturellement ou personnellement sensible». Psychologue clinicien de l'ABPP (American Board of Professional Psychology), le Dr Johnson a pris sa retraite après une carrière de spécialiste du TSPT au Département des Anciens Combattants. Il a appris la TFT vers la fin de sa carrière, et l'a trouvée beaucoup plus efficace que les outils qui étaient auparavant à sa disposition. Au moment des entretiens que j'ai menés avec lui en 2005, Johnson s'était régulièrement rendu, pendant les vingt années qui ont suivi sa retraite, sur les lieux des atrocités et des catastrophes les plus terribles du monde pour offrir bénévolement un soutien psychologique en utilisant la TFT.

Il a cité un exemple pour illustrer les contraintes que les hommes s'imposent - ne pas exprimer leur détresse émotionnelle - et la manière dont cela peut compliquer le travail post-catastrophe, car ils ne peuvent pas verbaliser les problèmes spécifiques qui ont besoin d'être activés pendant les stimulations des points d'acupuncture.

Un Albanais de souche qui parle anglais amène un ancien soldat de l'Armée de libération du Kosovo à l'hôtel de Johnson. Le traducteur indique : « Il est ici pour obtenir de l'aide pour son traumatisme de guerre ». Johnson explique l'échelle de 0 à 10, et demande à l'homme de lui donner un chiffre pour l'intensité de son traumatisme. Le traducteur se concerta avec l'homme, puis il dit : « Pas de chiffre, aucun ». Johnson demande : « N'est-il pas ici parce qu'il souffre d'un traumatisme ? » Le traducteur répète : « Pas de chiffre, pas de traumatisme ». Johnson poursuit :

« Je sentais que si l'homme était venu chercher de l'aide, il obéissait également au tabou albanais qui interdit la souffrance chez les hommes. J'ai décidé d'éviter toute mention de sa souffrance et j'ai dit au traducteur: 'D'accord, mais pourriez-vous lui demander de ne penser qu'à l'événement traumatique'. La réponse : 'Pas d'événement traumatique'. Je me suis rendu compte que, par définition, pour parler d'un événement traumatique, il aurait fallu qu'il en ait vécu un, personnellement. Or, il ne pouvait pas l'admettre. J'ai donc demandé s'il avait vécu une expérience difficile, un mauvais moment qu'il aurait surmonté. A cela, il pouvait répondre 'Oui'. Je lui ai donc demandé de réfléchir au mauvais moment qu'il avait surmonté. Je lui ai demandé s'il aimerait que l'on fasse un réglage sur son corps robuste pour le préparer à sa prochaine victoire, comme on met au point le moteur d'une magnifique voiture de course qui a gagné mais qui a besoin d'une mise au point pour gagner à nouveau. Il a répondu : 'Ce serait bien'.

Pendant qu'il se concentrait sur l'événement qu'il avait surmonté, j'ai utilisé une procédure d'évaluation énergétique pour trouver et traiter ses perturbations énergétiques. Enfin, lorsque je n'ai plus trouvé de perturbation dans son système énergétique, je lui ai demandé si quelque chose d'autre devait être fait ou si la mise au point était terminée. Il avait l'air détendu. Puis il a parlé par l'intermédiaire du traducteur : 'Il veut que je vous dise qu'il vous remercie beaucoup d'avoir guéri son traumatisme'. Une fois le traumatisme résolu, ce n'était plus un problème pour lui d'utiliser ce mot. »

De nombreuses variations similaires à cette histoire peuvent être rencontrées par les équipes de secours déployées dans des zones où la culture leur est peu familière. L'utilisation de la psychologie énergétique avec les enfants nécessite également un calibrage. Selon les rapports des praticiens, les enfants répondent au moins aussi bien que les adultes aux stimulations destinées à réduire l'activation, mais l'approche doit être adaptée à l'âge, à la situation et au niveau de compréhension de l'enfant.

Même le fait d'expliquer la psychologie énergétique en des termes respectueux et conformes à la vision du monde de la personne, et à ses points de vue sur la guérison, peut être problématique. Expliquer une approche qui prend racine dans un paradigme hérité des anciennes traditions de guérison s'est, en fait, avéré être un défi important pour les praticiens occidentaux de la psychologie énergétique dans leur propre culture. D'un autre côté, les personnes issues de cultures ancrées dans une perspective énergétique ou spirituelle, comme les Amérindiens et les membres de diverses tribus africaines, peuvent souvent s'identifier intuitivement aux théories et méthodes de la psychologie énergétique.

Les pièges contre-intuitifs

Les hypothèses de bon sens concernant le travail avec les survivants de catastrophes ont parfois été réfutées par l'observation clinique, et divers aspects contre-intuitifs des interventions précoces après une catastrophe ont été relevés. Ruzek (2007) interroge plusieurs hypothèses au cœur de divers modèles d'intervention qui devraient être examinées plutôt que d'être acceptées sans critique. Par exemple, le débriefing sur le stress lié à un accident grave - dans lequel les survivants du traumatisme partagent, dans un contexte professionnel adéquat, leurs expériences, leurs pensées et leurs réactions émotionnelles avec d'autres survivants ayant subi le même traumatisme - semblait autrefois très logique et était largement appliqué. Pourtant, des preuves solides montrent que cela peut interférer avec les stratégies d'adaptation naturelles chez les personnes résilientes et augmenter plutôt que prévenir l'incidence du TSPT chez les personnes vulnérables (McNally et coll., 2003).

On apprend régulièrement aux secouristes en cas de catastrophe à « normaliser » les réactions de stress aigu. Cela active la résilience naturelle des survivants et les aide à comprendre que leurs réactions sont normales et transitoires plutôt que des signes de faiblesse personnelle ou de maladie

mentale. Cette approche est utile aux personnes pour lesquelles les symptômes de détresse aiguë seront temporaires, et elle peut être thérapeutique puisque de nombreuses personnes touchées sont très suggestibles immédiatement après un traumatisme. Mais elle peut aussi avoir des conséquences négatives pour les survivants dont les symptômes persistent. La recherche sur les survivants de la violence de masse, en fait, montre des pourcentages élevés de problèmes persistants, considérablement plus élevés que chez les survivants de catastrophes *naturelles* (Quarantelli, 2000). Le fait de trop insister sur le fait que la plupart des symptômes de réactions de stress aiguës consécutives à un traumatisme se dissiperont spontanément avec le temps, peut donc stigmatiser involontairement les personnes qui ont besoin d'un traitement et, en fin de compte, les empêcher de le recevoir. En bref, les gens peuvent, à la suite d'une catastrophe, devenir extrêmement sensibles, avoir une stabilité erratique et leurs réponses à des phrases apparemment inoffensives peuvent être surprenantes.

Une autre hypothèse, qui remonte à la psychiatrie de guerre, est qu'il est important pour les spécialistes de la santé mentale d'intervenir activement le plus tôt possible après un traumatisme. Cependant, diverses études des résultats, ainsi que les préoccupations concernant la pathologisation des réactions normales, donnent « des raisons de se demander si le fait d'intervenir plus tôt se traduira par de meilleurs soins » (Ruzek, 2007, p. 20). On enseigne aux intervenants que les modalités de travail les plus probantes 24 heures après une catastrophe peuvent être sensiblement différentes des modalités de travail les plus probantes 3 semaines ou 6 mois plus tard. Les applications de la psychologie énergétique à la suite d'une catastrophe doivent être calibrées en fonction des besoins et contraintes uniques de chaque individu et d'une compréhension des types d'intervention qui sont appropriés à différents moments après la catastrophe.

D'autres dynamiques contre-intuitives ont également été identifiées. Par exemple, Levine (1997) a montré que les personnes (ainsi que les animaux) qui se secouent et tremblent après un traumatisme sont moins susceptibles de développer des symptômes de TSPT. Ainsi, contenir et apaiser de manière importune une personne qui tremble peut en fait nuire à son rétablissement.

Même la méditation peut entraîner des résultats non intentionnels (Lyford, 2022). Fay (2021) explique que les pratiques de méditation « peuvent engendrer un état de béatitude qui peut être effrayant pour les personnes ayant un passé traumatique. Dire quoi que ce soit de positif, même de loin, peut générer une intense haine de soi. Dans l'état de béatitude, les limites peuvent être vécues comme trop diffuses, nous laissant un sentiment d'insécurité ou de perte de contrôle. Cela peut également déclencher une régression » (p. 39).

Compte tenu des nombreux rapports favorables publiés dans la littérature clinique sur les bienfaits de la méditation, j'étais toutefois curieux de connaître son utilisation dans les situations post-catastrophes. Lors des entretiens réalisés pour la section « Rapports de terrain » ci-dessous, j'ai demandé au Dr Lori Leyden si elle avait utilisé la méditation dans son travail avec les survivants de la fusillade de l'école primaire de Sandy Hook.

Elle m'a répondu : « D'après mon expérience, la méditation, sans la libération somatique qui se produit avec la stimulation des points d'acupuncture, est souvent contre-indiquée pour les traumatismes aigus et le TSPT, car la physiologie du patient n'est pas suffisamment régulée pour gérer les souvenirs intrusifs et les autres symptômes de traumatisme qui peuvent surgir. Cela peut les amener à se sentir encore plus en danger dans leur corps. J'ai été témoin d'un certain nombre de personnes, y compris des parents d'enfants assassinés, à qui des professeurs de méditation ont dit que la méditation était un outil approprié de guérison des traumatismes, même après que les parents traumatisés aient exprimé un grand malaise en essayant de méditer. »

Vulnérabilité des secouristes en situation de catastrophe

La vulnérabilité du praticien qui prodigue les gestes de secours en cas de catastrophe est une question délicate. On suppose généralement que la santé et la stabilité psychologiques du soignant dépassent celles du patient. Pourtant, les personnels soignants locaux ont souvent vécu le même événement traumatique que les personnes dont ils s'occupent. Ils peuvent aussi prodiguer des soins à des personnes dont l'histoire est récente, horrible et perturbante. Leur fournir une formation et un soutien pour travailler sur leurs propres expériences traumatiques non résolues est un élément vital pour préparer les personnels de santé à apporter les soins de secours en situation de catastrophe. Comme les thérapies par stimulation des points d'acupuncture peuvent donner des résultats rapides et être appliquées par le praticien lui-même, elles peuvent servir à sa guérison et à son évolution personnelles et ce, pendant qu'il apprend à les utiliser dans des situations post-catastrophes.

RAPPORTS DE TERRAIN

Au cours de la décennie qui a suivi les attaques de 2001 contre le Pentagone et le World Trade Center, des progrès ont été réalisés dans : (a) l'évaluation des besoins des individus et des communautés touchés par des situations de catastrophe, (b) la création de programmes qui répondent à ces besoins, et (c) l'évaluation de ces programmes (Watson et al., 2011). Néanmoins, la nature imprévisible, le chaos et les demandes pressantes qui surgissent soudainement lors d'une catastrophe font obstacle à une évaluation systématique lorsque les équipes d'intervention en traumatologie arrivent immédiatement après l'événement.

Les recherches sur les PSPA (protocoles de stimulation) en situation post-catastrophe qui existent ont généralement été menées longtemps après la catastrophe, lorsque les procédures de recherche systématique étaient plus réalisables. Les résultats positifs après le traitement du TSPT chronique chez les populations civiles dans les années suivant une catastrophe ont, en fait, été frappants. Par exemple, dans le cadre d'un essai clinique mené près de vingt ans après les guerres de 1992-1995 en Bosnie, 18 adultes ont été sélectionnés sur la base d'une détresse émotionnelle grave et permanente liée aux expériences qu'ils avaient vécues pendant les guerres, notamment des blessures graves, des tortures, des passages

à tabac, des viols, des humiliations sexuelles et le fait d'avoir vu d'autres personnes se faire agresser ou tuer. Chacun des 18 participants a reçu quatre séances d'une heure utilisant un protocole de stimulation des points d'acupuncture, sur une période de deux semaines. Un questionnaire de contrôle standard répertoriant les symptômes du TSPT chez les civils a été rempli avant le traitement, à la fin du traitement et lors d'un suivi à quatre semaines (Boath et al., 2014). Des réductions significatives des symptômes ont été constatées ($p = 0,009$) et maintenues lors du suivi.

Dans une autre étude portant sur des survivants civils de la violence systémique, des années auparavant, Connolly et Sakai (2011) ont sélectionné au hasard 145 survivants adultes du génocide de 1994 au Rwanda et les ont soumis à un traitement TFT ou à une liste d'attente témoin. Les différences entre les groupes post-traitement et liste d'attente sur les échelles de symptômes du TSPT étaient hautement significatives ($p < 0,001$), avec des niveaux d'efficacité modérés à importants sur la fréquence et la sévérité des symptômes. Les améliorations ont été maintenues lors du suivi à deux ans.

Bien qu'il n'y ait pas encore de recherche systématique sur les interventions utilisant la psychologie énergétique immédiatement après une catastrophe, des centaines de rapports du terrain montrent un schéma de résultats solides suite à l'utilisation de la psychologie énergétique dans les jours ou les semaines suivant une catastrophe, et dans le traitement ultérieur des symptômes générés par le traumatisme. Beaucoup de ces rapports se corroborent les uns les autres en termes de soulagement rapide et de bénéfices à long terme, mais la pratique de la psychologie énergétique immédiatement après les catastrophes reste le fait des comptes rendus des praticiens sur le terrain. Dans la session suivante, je vais présenter un petit échantillon du récit des personnes que j'ai interviewées (en personne, par téléphone, par Zoom ou par e-mail) et qui ont apporté la psychologie énergétique à des communautés après des catastrophes naturelles ou causées par l'homme.

Fusillade à l'école primaire de Sandy Hook

Cette tragédie déchirante largement commentée s'est produite le 14 décembre 2012 à Newtown, dans le Connecticut. Un ancien élève de l'école primaire, 20 ans, a tiré et tué 28 personnes, dont 20 enfants âgés de 6 à 7 ans, six membres adultes du personnel, le tireur lui-même et sa mère. Nick Ortner, habitant de longue date de Newtown, a fondé l'une des organisations les plus influentes qui promeuvent l'approche de la guérison et du développement personnel par la stimulation des points d'acupuncture⁴. Sa mère, le Dr Maria Ortner, était psychologue scolaire dans une école primaire voisine. Elle avait travaillé en étroite collaboration dans le passé avec le psychologue scolaire et le directeur qui ont été tués à Sandy Hook.

Profondément touché à plusieurs niveaux, Nick était déterminé à mettre à profit ses connaissances en psychologie énergétique et en EFT, ainsi que ses relations locales et internationales, pour faire quelque chose qui apporterait une véritable guérison pour la communauté traumatisée. Le lendemain de la fusillade, il a contacté le Dr Lori Leyden,

une collègue et experte en traumatisme internationalement connue. Elle a introduit la stimulation des points d'acupuncture et d'autres méthodes de secours aux sinistrés à la suite de certaines des pires catastrophes récentes dans le monde, notamment des génocides et des fusillades de masse⁵. Nick a demandé l'avis du Dr Leyden sur la manière d'apporter une réponse immédiate et de faciliter une guérison durable. Cette discussion s'est transformée en une collaboration. Trois jours plus tard, le docteur Leyden est arrivée pour commencer à organiser un projet thérapeutique et d'autotraitement à long terme pour les nombreuses personnes de Newtown qui ont été touchées par la fusillade.

Dès son arrivée, le docteur Leyden a commencé à diriger des séances individuelles et des séances de groupe. Les effets des traumatismes à long terme étant bien connus, et grâce à son travail fructueux avec d'autres survivants de violences terribles, le docteur Leyden a pu mettre immédiatement cette expérience à profit, pour la mise en place d'une approche communautaire pour Newtown, qui intègre des pratiques durables d'aide à long terme. Elle s'est engagée dans le projet et a fini par vivre à Newtown pendant les trois années suivantes, tandis que le travail a été poursuivi pendant près de dix ans. L'objectif était « d'arriver tranquillement, d'écouter et d'observer, de soutenir les efforts locaux et de fournir à l'équipe une méthode discrète d'évaluation des besoins tout en offrant une assistance thérapeutique et d'auto-soins à ceux qui en avaient le plus besoin ».

Nick a envoyé une demande de bénévoles à sa liste de 500 000 contacts. Nick et le Dr Leyden ont ensuite sélectionné 35 praticiens volontaires, parmi des centaines de réponses, pour les aider à créer et à construire un modèle à long terme pour Newtown. La formation à l'utilisation de leur savoir-faire en matière de stimulation des acupoints aux situations post-catastrophe a débuté le 5 janvier 2013, 22 jours après la fusillade. Les volontaires ont passé 35 à 60 heures en formation, et beaucoup plus en supervision, pour se préparer à répondre aux besoins immédiats et à long terme des personnes directement et indirectement touchées par la tragédie. Une attention particulière a été accordée aux parents et aux autres membres des familles des victimes, aux enfants qui ont survécu à la fusillade, aux enseignants et au personnel de l'école, ainsi qu'aux premiers intervenants, notamment la police, les pompiers, les techniciens médicaux d'urgence, les médecins légistes et les personnels funéraires. Plutôt que de tenter de résumer le grand nombre de séances d'écoute individuelles et collectives ou d'ateliers et d'événements communautaires connexes, voici quelques commentaires de bénéficiaires ou d'accompagnants (source : Ortner et al, n.d.) :

Scarlett Lewis, mère de Jesse Lewis, 6 ans, tué pendant la fusillade : « Pour tenter de guérir de la tragédie qu'a été la perte de mon fils, une expérience qui m'a brisé le cœur et m'a fait remettre en question la poursuite de ma propre vie, j'ai cherché différents types d'aide. J'ai d'abord cherché une thérapie traditionnelle par la parole, qui m'a laissée à nouveau traumatisée et

⁴ <https://www.thetappingsolution.com/>, consulté le 10 février 2022.

⁵ <https://www.createglobalhealing.org/>, consulté le 10 février 2022.

m'a fait me sentir encore plus mal. Nick Ortner m'a fait découvrir le Tapping, et je termine toujours ces séances avec une meilleure compréhension de moi-même, en me sentant mieux, avec une légèreté d'esprit et de l'espoir. Le Tapping me fait me sentir mieux alors que rien d'autre ne le peut... »

Médecin et secouriste, du bureau du médecin légiste :

« Le Dr Leyden a offert ses services quelques jours seulement après la tragédie. Elle s'est rendue à notre bureau à trois reprises et a effectué plusieurs séances à chaque visite, passant plusieurs heures avec des techniciens, des médecins, des enquêteurs et d'autres membres du personnel directement concernés par la fusillade de Sandy Hook. Ses exercices de stimulations des points d'acupuncture et de respiration, ainsi que les discussions de groupe, ont été très utiles pour moi et mon personnel. Elle a continué à me tenir au courant de nos progrès et propose de nous aider de toutes les manières possibles. Personnellement, je dors mieux et je me sens mieux. »

Lynn Johnson, Directrice du Center for Serenity, Hartford, Connecticut :

« J'ai été très honorée et émue de faire partie de ce projet. Le Dr Lori Leyden, Nick Ortner, Jondi Whitis et l'ensemble du groupe m'ont vraiment inspirée. J'ai développé un programme pour les jeunes enfants, appelé 'Feel Free Tap', qui est une version de l'EFT pour les classes de la maternelle à la troisième année. J'ai adoré le partager avec le groupe et j'ai hâte de le présenter à la communauté au sens large ! »

Bonnie Skane, bénévole : « Faire partie de cette équipe de bénévoles est un tel honneur et une telle bénédiction. Malgré cette terrible tragédie, nous assistons chaque jour à de nombreux petits miracles. C'est une telle joie d'aider quelqu'un qui souffre d'une énorme douleur émotionnelle, d'anxiété et de stress, à trouver un soulagement grâce à l'EFT ! Je crois sincèrement que nous changeons le monde en nous changeant nous-mêmes, et l'EFT est tout simplement un outil extraordinaire qui nous donne la possibilité de libérer nos émotions négatives et de choisir des émotions positives à la place. »

Alison Held, bénévole : « Des changements positifs importants se produisent à Newtown et au-delà grâce aux tapping ! Le projet de soulagement du stress et des traumatismes par l'EFT se déroule de la plus belle façon imaginable, avec un noyau de bénévoles talentueux ayant une vision claire et unifiée de l'espoir, de l'amour et de la guérison. »

Eric Leskowitz, psychiatre à la Harvard Medical School :

Le Dr Leskowitz a donné ce conseil aux organisateurs : « D'après mon expérience clinique et ma lecture de la littérature de recherche, l'EFT est le traitement de choix pour une intervention rapide dans

des situations traumatiques comme Newtown, qui déclenchent des émotions insurmontables chez les individus et les groupes. Son utilisation peut prévenir le développement futur d'un TSPT à part entière en permettant aux personnes de développer le contrôle de leur propre système nerveux. »

Après la tragédie de Sandy Hook, un garçon de 12 ans, dont le frère de 6 ans a été tué pendant la fusillade, a vécu une histoire émouvante qui boucle avec d'autres. Alors que la mère du garçon avait rapidement adopté l'EFT, le garçon était très sceptique. Il était naturellement très en colère d'avoir perdu son frère et n'était pas allé à l'école depuis la tragédie survenue deux mois plus tôt. Le Dr Leyden avait déjà travaillé avec des orphelins survivants du génocide au Rwanda, d'abord pour les guérir, puis pour leur apprendre à devenir des guides « centrés sur le cœur ». Le programme a ensuite été formalisé sous le nom de « Projet LIGHT : Rwanda ». Les diplômés du programme sont appelés « ambassadeurs », et l'un des objectifs de l'initiative est de mettre en relation des jeunes traumatisés du monde entier pour qu'ils se soutiennent mutuellement.

Une rencontre par Skype a été organisée entre le garçon de 12 ans de Newtown et deux des ambassadeurs du Rwanda, des jeunes gens qui, comme lui, avaient vécu la pire des tragédies humaines. Au cours de cette longue conversation, ils ont échangé en profondeur, se sont écoutés et se sont véritablement rapprochés. Le garçon de Newtown a été tellement inspiré qu'il est retourné à l'école le lendemain pour faire un discours à ses camarades de classe sur les raisons pour lesquelles il est important de se soucier des personnes qui ont vécu des tragédies encore pires. Pour boucler la boucle, il a ensuite créé une organisation à but non lucratif qui a collecté des fonds pour permettre à deux des ambassadeurs du Rwanda d'aller à l'université. Plusieurs années plus tard, il s'est rendu au Rwanda pour une réunion émouvante avec les ambassadeurs qui l'avaient tant aidé alors qu'il était en plein chagrin à cause de la mort de son frère.

Les défis des camps de réfugiés

À la fin de 2020, 82,4 millions de personnes dans le monde avaient été déplacées de force en raison de persécutions, de conflits, de violences, de violations des droits de l'homme ou d'autres événements menaçant gravement leur sécurité (Agence des Nations unies pour les réfugiés, 2021). Selon des estimations crédibles, environ une de ces personnes sur trois souffre de dépression chronique, d'anxiété ou de TSPT (Turrini et al., 2017), et toutes sont confrontées à d'importants problèmes de santé mentale.

Le camp de réfugiés de Moria, en Grèce, était le plus grand camp d'Europe lorsque Gunilla Hamne et Ulf Sandström, cofondateurs du réseau Peaceful Heart Network⁶, ont été appelés au camp pour aider un garçon de 8 ans perturbé et « hors de contrôle ». Le Peaceful Heart Network a mis au point une méthode de tapotement des acupoints, appelée Trauma Tapping Technique (TTT), qui repose sur une utilisation minimale des mots. Dérivée de la TFT et de l'EFT, cette approche simplifiée

⁶ <https://peacefulheart.se/>, consulté le 10 février 2022.

est particulièrement bien adaptée à la guérison des blessures liées aux traumatismes. Elle peut facilement être enseignée aux survivants d'une catastrophe et aux paraprofessionnels, ou être présentée à de grands groupes. En plus des stimulations, la TTT utilise une technique d'auto-apaisement appelée « Havening » (ndlr Prendre refuge), une autre approche qui utilise le toucher pour déclencher des réactions électrochimiques dans le corps qui peuvent réduire les réponses émotionnelles exacerbées par un souvenir ou par un déclencheur (Ruden, 2019).

Le garçon du camp de Moria se comportait violemment au sein de sa famille et contre les autres membres du camp : « Il mordait, jetait des objets et des pierres, détruisait les tentes, faisait pipi partout et déchirait ses vêtements. » Le père était très attentif et patient et faisait de son mieux pour gérer le garçon. La mère était devenue insensible et passive. Toute cette situation créait le chaos dans la famille, et avec des gens si à l'étroit, elle avait atteint le point où la famille risquait d'être obligée de quitter le camp sans avoir d'autre endroit où aller. Hamne et Sandström décrivent leur expérience :

« Nous sommes allés dans l'une des tentes et avons fait quelques activités de dessin et d'acrobatie pour nous connecter. Soudain, le garçon a commencé à tout détruire dans la tente, y compris les livres et les jouets, allant chercher de grosses pierres et les lançant sur tout le monde. Il a cassé les pieds métalliques d'une table et a montré qu'il pouvait les utiliser comme armes. Il a demandé d'autres stylos, qu'il a ensuite cassés en morceaux. Lorsque le garçon s'est calmé, nous avons montré nos exercices et nos techniques au père et aux autres enfants de la famille. L'interprète a également participé. Nous avons vu que le père pouvait tenir le garçon et le prendre dans ses bras, et qu'il devait donc pouvoir faire ces mêmes exercices avec le garçon.

Lorsque nous avons terminé, nous avons dit au père qu'il devait faire les stimulations et le Havening autant que possible. Quelques jours plus tard, nous avons reçu un message de l'interprète : 'Je viens vous donner de merveilleuses nouvelles. Le père m'a dit qu'il utilisait les stimulations avec le garçon, et que cela se passait extrêmement bien ! Le père est super heureux et le garçon super calme et adorable'. L'interprète nous a embrassés. »

Parallèlement à son travail avec les réfugiés, le réseau Peaceful Heart a collaboré avec des groupes et des travailleurs humanitaires locaux pour proposer des sessions et des formations TTT à environ 250 000 personnes dans 30 pays, afin de répondre à un large éventail de défis post-catastrophe. Au Népal, plus de 900 survivants de tornades ont bénéficié de séances individuelles ou collectives de TTT. Dans les zones les plus violentes du Beni, en République Démocratique du Congo, environ 3 000 personnes déplacées à l'intérieur du pays, principalement des jeunes et des femmes, ont reçu des traitements. Après le passage du cyclone Idai au Zimbabwe, le réseau a aidé une centaine de personnes dont les maisons avaient été balayées. Dans le plus grand camp de réfugiés du

monde, Bidibidi en Ouganda, le Réseau a un engagement continu auprès des réfugiés par l'intermédiaire d'un pasteur local dont les formateurs ont touché plus de 2000 personnes depuis 2018. En Colombie, ils ont formé des travailleurs sociaux dans un groupe qui soutient les victimes de la traite. Les individus et les groupes peuvent se connecter à leurs services via <https://peacefulheart.se/>.

Incendies en Californie

Kristin Miller, psychologue clinicienne et résidente de Californie du Nord, est membre de la Commission Humanitaire de l'Association for Comprehensive Energy Psychology (ACEP). Elle a apporté les « Ressources pour la résilience » de l'ACEP⁷ et l'approche TTT développée par le réseau Peaceful Heart aux personnes touchées par les incendies dévastateurs qui ont ravagé sa communauté année après année. Elle a trouvé une utilité et une efficacité dans ce « dispositif hautement porteur de compétences non verbales, auto-administrées, pour gérer le stress et les traumatismes ». Elle a commencé par « se rendre dans tous les endroits possibles où les gens se rassemblaient pour écouter leurs histoires et partager leurs expériences ». Le Dr Miller poursuit :

« Vagues après vagues d'interventions dans ma communauté, j'ai été stupéfaite de constater que personne n'avait les compétences nécessaires pour calmer son système de survie et traiter le traumatisme. Et ce, que je travaille avec les pompiers, les autres intervenants de première ligne, le personnel hospitalier, les prestataires de soins en santé mentale du Comté, les conseillers qualifiés, le personnel scolaire ou les abris de la Croix-Rouge. Mais à mesure que ces techniques s'ancrent dans notre communauté, la voie du rétablissement devient plus manifeste. Lorsque le personnel médical, les travailleurs du Comté et les pompiers épuisés ont quitté nos collines noircies et sans arbres, nous les avons rencontrés pour traiter leur détresse post-événement. Beaucoup avaient travaillé 70 ou 80 jours d'affilée pour tenter de maîtriser les feux de forêt. Beaucoup avaient vu beaucoup de morts, certains avaient dû passer devant des cadavres pour faire sortir les gens des villes en feu. D'autres avaient encerclé leurs camions autour des gens pour tenir les flammes à distance alors que les gens luttèrent pour leur vie. Tous ont éprouvé un sentiment d'impuissance lorsque les incendies se déchaînaient sans distinction, démantelant tous les plans de lutte contre le feu, comme lorsque la ville entière de Paradise a brûlé en moins de deux heures.

Un superviseur de pompiers est arrivé complètement désorienté avec des symptômes de détresse traumatique. Nous avons fait deux longues séances de TTT. Je l'ai appelé quelques mois plus tard, et il m'a dit : 'Je vais bien. Ce tapping a été un excellent pansement !'

Les employés d'une société de services publics pleuraient

⁷ <https://www.r4r.support>

la perte de leurs collègues tout en étant accusés d'avoir provoqué l'incendie. Lors d'un incident survenu dans ces circonstances désastreuses, nous avons utilisé le TTT dans les couloirs d'un hôtel et nous avons été en mesure de travailler sur leur traumatisme, et de les soulager avant qu'ils enquêtent sur la mort d'un membre de l'équipe.

Je suis entrée dans une pièce où se trouvaient des hommes dans un abri de la Croix-Rouge, quelques heures seulement après avoir échappé au Camp Fire de novembre 2018 (qui a fait 86 morts), ils n'avaient plus rien d'autre qu'eux même. Un homme était en mode combat, hurlant avec colère dans son téléphone portable. Un autre se balançait d'avant en arrière, essayant de réguler son système. Un autre était totalement absent, figé dans un regard vide. Un autre homme semblait quelque peu détendu et ouvert à la conversation. Il a parlé de toutes les histoires épouvantables que les hommes dans la pièce avaient vécu. Je lui ai fait faire des respirations régulatrices avec moi. Bientôt, un par un, tous les hommes se sont joints à moi. Nous avons alors pu ajouter quelques stimulations sur les points d'acupuncture. Ils se sont tous posés, et leur système nerveux s'est régulé en 20 minutes environ. Peu de temps après, cette équipe est sortie de sa 'grotte' et a commencé à s'occuper des autres. Bien qu'ils aient été aussi traumatisés que tous les autres, ils sont devenus une force d'apaisement au sein du refuge.

Une action plus récente a été menée auprès du personnel médical d'un hôpital lorsque le cinquième incendie de forêt de la saison 2021 passe par notre communauté. Cette fois-ci, c'était pendant la vague de COVID Delta. Je me tenais aux côtés du personnel, tapant et respirant. Ils avaient souffert pendant des journées de travail de 18 heures et de multiples décès à l'hôpital. Ces personnes ont été surprises par la rapidité avec laquelle elles pouvaient réguler leur système nerveux toutes ensemble, même au milieu d'urgences souvent fatales. Une surveillante de l'établissement m'a raccompagnée en larmes après qu'une infirmière, qui était devenue patiente, viennent de succomber. L'une des responsabilités déchirantes de cette surveillante était de faire respecter la règle selon laquelle aucune famille n'est autorisée dans les unités COVID. Cela déclenchait à chaque fois son propre chagrin, car elle n'avait pas pu être auprès de son mari lorsqu'il est mort. Nous nous sommes assis, nous avons pratiqué un protocole de stimulation et nous nous sommes occupées du chagrin ensemble. Un sourire est revenu sur son visage. »

Plusieurs autres membres de la Commission Humanitaire de l'ACEP ont également été appelés à apporter des accompagnements sur le terrain à la suite d'importants incendies de forêt. D'autres ont travaillé sur le traumatisme vécu par les communautés en raison de la pandémie. Certains membres ont répondu à des fusillades de masse et à d'autres

catastrophes. La Commission a elle-même lancé le projet Veteran-to-Veteran au Nevada, qui consiste à former des guides dans la communauté des anciens combattants pour qu'ils enseignent à d'autres anciens combattants les méthodes d'auto-assistance de la psychologie énergétique afin de réduire les symptômes des traumatismes liés à la guerre. Plus d'une douzaine de groupes disposent maintenant de « Guides de soutien aux pairs » formés à la TFT par le projet Veteran-to-Veteran, notamment le Veteran Transition Resource Center de Las Vegas, le Hidden Heroes Program de la Elizabeth Dole Foundation, un hôpital régional de l'administration des anciens combattants, ainsi que des antennes locales de l'American Legion, des Veterans of Foreign War et des groupes de femmes vétérans.

La Commission Humanitaire de l'ACEP a également créé le projet «Resources for Resilience», mentionné ci-dessus, qui vise à atténuer la souffrance en enseignant des techniques d'auto-assistance à ceux qui subissent les effets de la violence, des traumatismes et des catastrophes naturelles. Le projet Ressources pour la résilience comprend un programme gratuit de formation aux premiers secours émotionnels et des diapositives à l'usage du public, disponibles sur www.r4rtraining.com. La Commission a également créé, en collaboration avec le réseau Peaceful Heart, une série de vidéos destinées à aider les professionnels qui souhaitent s'impliquer dans des projets d'aide humanitaire. La Commission s'est également associée au réseau Peaceful Heart pour former le personnel de cinq organisations différentes, réunissant des médecins, des psychologues, des psychiatres et des travailleurs sociaux à l'utilisation du TTT, afin de travailler avec les réfugiés syriens. Cette formation a été enregistrée sur vidéo avec une traduction en arabe. La Commission s'est également associée au Project LIGHT pour donner des cours à 48 animateurs qui ont travaillé avec plus de 400 jeunes et familles au Rwanda.

Un orphelinat au Rwanda

En 2006, Caroline Sakai, Suzanne Connolly et Paul Oas ont mené une étude sur les traitements TFT avec 50 orphelins rwandais qui souffraient de symptômes sévères de TSPT (Sakai et al. , 2010). Les résultats dépassent largement ceux de toute étude existante évaluée par des pairs sur un traitement du TSPT en une seule séance, en termes de rapidité, de degré d'efficacité et de pourcentage de sujets aidés. Après une seule séance, 48 des 50 enfants, dont beaucoup avaient vu leurs parents se faire massacrer pendant le génocide, ne souffraient plus de TSPT, d'après les notes obtenues sur une échelle d'évaluation standard remplie par leurs soignants avant et après le traitement. Les bénéficiaires ont été maintenus lors du suivi d'un an dans les mêmes mesures. Dans le récit suivant, le Dr Sakai décrit l'expérience de l'un des participants à l'étude, une jeune fille de 15 ans qui avait trois ans au moment du génocide de 1994 :

« Elle s'était cachée avec sa famille et d'autres villageois dans l'église locale. L'église a été prise d'assaut par des hommes armés de machettes, qui ont déclenché un massacre. Le père de la jeune fille lui a dit, ainsi qu'aux autres enfants, de courir et de ne pas se retourner, sous aucun prétexte. Elle a obéi et a couru aussi vite qu'elle

le pouvait, mais elle a alors entendu son père 'hurler comme un fou'. Elle s'est souvenue de ce que son père avait dit, mais ses cris étaient si terribles qu'elle s'est retournée et, avec horreur, elle a vu un groupe d'hommes armés de machettes l'assassiner.

Au cours des 12 années qui ont suivi, il ne s'est pas passé un jour sans qu'elle ait des flashbacks de cette scène. Son sommeil était troublé par des cauchemars liés à ce souvenir. Au cours de sa séance de traitement, je lui ai demandé d'évoquer les flashbacks et de m'imiter pendant que je stimulais une série de points d'acupuncture sélectionnés, tandis qu'elle racontait l'histoire de ces flashbacks. Après quelques minutes, ses sanglots déchirants et son état dépressif se sont soudainement transformés en sourires. Lorsque je lui ai demandé ce qui s'était passé, elle a déclaré avoir accédé à de bons souvenirs. Pour la première fois, elle pouvait se souvenir de son père et de sa famille jouant ensemble. Elle a expliqué que jusqu'alors, elle n'avait eu aucun souvenir d'enfance d'avant le génocide.

Nous aurions pu nous arrêter là, mais j'ai préféré la renvoyer à ce qui s'était passé dans l'église. L'interprète m'a jeté un regard, comme s'il demandait : 'Pourquoi remettez-vous ça sur le tapis alors qu'elle allait bien ?' Mais je voulais un traitement complet. La fille s'est remise à pleurer. Elle a raconté avoir vu d'autres personnes se faire tuer. Elle s'est dit qu'elle était en vie grâce à la rapidité d'esprit de son père, qui a détourné l'attention des hommes tout en disant aux enfants de courir.

La fillette pleurait à nouveau en revivant les horreurs dont elle a été témoin alors qu'elle se cachait dehors avec un autre jeune enfant. Tous deux étaient les seuls survivants de leur village. Une fois encore, les stimulations lui ont permis de se souvenir sans avoir à revivre la terreur de l'expérience.

Après environ 15 ou 20 minutes à aborder une scène après l'autre, la jeune fille a souri et a commencé à parler de sa famille. Sa mère ne permettait pas aux enfants de manger des fruits sucrés parce qu'ils n'étaient pas bons pour leurs dents. Mais son père les ramenait en douce dans ses poches et, lorsque sa mère ne regardait pas, il les donnait aux enfants. Elle riait de bon cœur en racontant cela, et le traducteur et moi rions avec elle.

Nous avons ensuite travaillé sur un certain nombre d'autres scènes. Finalement, lorsqu'on lui a demandé : 'Qu'est-ce qui vous vient à l'esprit maintenant lorsque vous vous souvenez de ce qui s'est passé à l'église ?', elle a répondu, sans larmes, qu'elle se souvenait encore de ce qui s'était passé, mais que ce n'était plus aussi net qu'auparavant. Cela s'était maintenant estompé dans le lointain, comme quelque chose d'il y a longtemps. Puis elle a commencé à parler d'autres bons souvenirs. Son visage et sa posture déprimés n'étaient plus présents.

Au cours des jours suivants, elle a décrit comment, pour la première fois, elle n'avait pas de flashbacks ou de cauchemars et était capable de bien dormir. Elle avait l'air joyeux et m'a dit combien elle était ravie d'avoir des souvenirs heureux de sa famille. Après cette seule séance de traitement, ses résultats aux tests étaient passés du niveau bien supérieur au seuil du TSPT à un niveau bien inférieur, et ils étaient restés inchangés lors de l'évaluation de suivi un an plus tard. »

L'impact puissant des séances uniques offertes à chacun des 50 adolescents a surpris les chercheurs. Le plan de l'étude prévoyait trois séances de traitement, mais une urgence dans le pays a éloigné la moitié du personnel clinique. Comme les pré-tests avaient déjà été effectués, les chercheurs ont décidé de poursuivre avec la seule séance qu'ils étaient en mesure d'offrir, en espérant le meilleur. D'après les entretiens que j'ai eus avec le Dr Sakai, les résultats et la stabilité des bénéficiaires après un an de suivi ont dépassé leurs espoirs.

L'étude a été menée en collaboration avec le comité d'aide aux victimes de traumatismes de la Thought Field Therapy Foundation, la première organisation à envoyer systématiquement des équipes d'aide aux victimes de catastrophes naturelles formées aux protocoles de stimulation des points d'acupuncture dans les zones à risque du monde entier. Plus de 20 de leurs projets antérieurs, dont des déploiements au Rwanda, en Haïti, au Mexique, en Ouganda, en République démocratique du Congo, à la Nouvelle-Orléans et en Tanzanie, sont décrits sur le site <http://www.tftfoundation.org/category/past-projects>. Le premier essai clinique de la TFT dans le traitement de personnes ayant été exposées à plusieurs reprises à des événements traumatiques ($N = 31$) a montré une baisse significative de tous les sous-groupes de symptômes du TSPT (Folkes2002), et quatre études portant sur les résultats des premiers projets de la Fondation ont démontré la rapidité et la puissance de la TFT dans les situations post-catastrophes (Dunnewold, 2014). Dr. Sakai's II a publié en 2014 un livre intitulé *Overcoming Adversity : How Energy Tapping Transforms Your Life's Worst Experiences - A Primer for Post-Traumatic Growth* est le récit émouvant et édifiant de plusieurs de ses expériences.

L'ouragan Katrina

Un ouragan peut causer d'horribles ravages en quelques minutes. Le 29 août 2005, l'ouragan Katrina a frappé la Nouvelle-Orléans et les régions avoisinantes, causant plus de 1 800 morts et 125 milliards de dollars de dégâts. Une équipe de douze praticiens TFT de huit États a été invitée par trois organisations de services médicaux et sociaux de la Nouvelle-Orléans, pour apporter un traitement, et former leur personnel quatre mois après l'ouragan Katrina. Ces personnels médicaux et sociaux ainsi que les secouristes étaient également des victimes de la catastrophe, et la stratégie adoptée était d'intégrer leur traitement dans leur formation. Au total, 161 participants ont reçu un traitement et une formation sur six sites différents, le plus grand nombre d'entre eux se trouvant dans une tente militaire de l'unité MASH du Charity Hospital, dans le centre de convention de la Nouvelle-Orléans. Des évaluations écrites

ont été obtenues de 87 des participants. Parmi eux, 86 ont déclaré avoir vécu des changements positifs et/ou avoir éliminé les problèmes qu'ils rencontraient à l'époque. Les données compilées par le Dr Sakai (qui avait également effectué le travail au Rwanda) sur les 22 participants qu'elle a traités ont montré que leurs plaintes faisaient état de colère, anxiété, dépression, manger pour contrer l'anxiété, frustration, culpabilité, culpabilité du survivant, blessure, perte, perte de contrôle, besoin d'être plus efficace, accablement, panique, douleur physique, ressentiment, tristesse, honte, stress, traumatisme et inquiétude. Chaque catégorie de problème a été notée de 0 à 10 sur l'échelle SUD (Subjective Units of Distress). Avant le traitement, le score moyen des 51 catégories de problèmes décrits par les 22 clients était de 8,14. Après le traitement, qui consiste généralement en une seule séance individuelle de moins de 15 minutes (qui suit une orientation de groupe d'une demi-heure), il n'était plus que de 0,76, une diminution remarquablement importante.

En plus de l'équipe TFT, les praticiens EFT ont également travaillé immédiatement après l'ouragan et plus tard avec les personnes qui avaient été déplacées. Sophia Cayer, qui a une grande expérience des tapotements, m'a décrit son expérience avec une femme qui avait été traumatisée non seulement par l'ouragan, mais aussi par son séjour dans un refuge après la destruction de sa maison. Un mois après Katrina, elle était si déprimée qu'elle était incapable de fonctionner, passant le plus clair de son temps à pleurer de façon incontrôlable. Cayer poursuit :

« Quand je me suis assise auprès d'elle, elle avait une main sur le visage, elle sanglotait et était incapable de parler. Je lui ai demandé gentiment la permission de prendre sa main et de voir si je pouvais l'aider à se détendre. Elle a accepté et j'ai commencé à stimuler doucement les points énergétiques de sa main. Au bout de quelques instants, ses larmes ont commencé à se calmer. Elle était toujours incapable d'exprimer son expérience, alors j'ai continué à stimuler et à parler avec elle. J'ai utilisé une technique EFT spécifique qui offre un soulagement sans que la personne ait à décrire verbalement l'événement. Entre autres problèmes, elle était hantée par les cris et les bruits de coups de feu pendant les nuits qu'elle avait passées dans le refuge. Alors qu'elle était toujours quasiment incapable de parler, j'ai continué à travailler avec elle, avec ses larmes qui allaient et venaient. Après plusieurs minutes, elle a relevé la tête et a pu parler. Elle a alors souri. Plus tard dans la soirée, je l'ai vue à un rassemblement de survivants. Ses amis, qui m'avaient initialement mise en contact avec elle, semblaient stupéfaits et m'ont dit qu'elle était de nouveau de bonne humeur. Je me souviendrai toujours de ses sourires et de ses étreintes de gratitude. »

Mme Cayer explique qu'avec les stimulations, « même s'il ne s'agit que d'une seule séance, la personne n'est pas laissée en plan. Il ne s'agit pas simplement de les apaiser puis de les laisser partir. On leur donne des outils puissants qu'ils peuvent utiliser régulièrement pour traverser la crise et aller au-delà. »

Vétérans de combat

Après avoir pris connaissance du premier ECR (Essai Clinique Randomisé) démontrant l'efficacité des protocoles de tapotement dans le traitement de 49 vétérans de guerre (Church et al., 2013), j'ai contacté l'acteur principal de l'étude et lui ai demandé si je pouvais interviewer certains des thérapeutes impliqués. Je voulais me faire une idée des expériences résumées dans les statistiques. L'une des thérapeutes, Ingrid Dinter, m'a décrit son travail avec Keith, un soldat d'infanterie qui avait servi dans le delta du Mékong pendant la guerre du Vietnam. Lors de sa première séance de thérapie avec elle, il a indiqué qu'il avait vu « beaucoup de victimes des deux côtés ». Plus de trois décennies plus tard, il était toujours tourmenté par des cauchemars et des flashbacks répétés : « Parfois, j'ai l'impression de voir des soldats vietcongs derrière des buissons et des arbres. » Ses graves insomnies, compliquées par les cauchemars, le rendaient fatigué et incapable de fonctionner pendant la journée. On lui a diagnostiqué un TSPT et il a indiqué que les thérapies de groupe et individuelles qu'il a suivies auprès du ministère des Anciens Combattants n'ont rien changé à ses symptômes.

Keith a suivi des séances de 6 heures avec Ingrid, au cours desquelles elle lui a fait stimuler des points d'acupuncture tout en se concentrant sur des souvenirs de guerre traumatisants et d'autres facteurs de stress psychologique. Lors de la première séance, il a déclaré que depuis la fin de la guerre, il avait rarement dormi plus de 1 à 2 heures d'affilée et faisait en moyenne deux cauchemars par nuit. À la fin des six séances, il avait 7 à 8 heures de sommeil ininterrompu et ne faisait plus de cauchemars. Il a indiqué que d'autres symptômes, tels que les souvenirs intrusifs, les réactions de sursaut et une culpabilité obsessionnelle accablante, avaient également diminué. Un entretien de suivi à 6 mois et des tests supplémentaires ont montré que les améliorations se maintenaient.

À ce jour, plus de 21 000 anciens combattants ont bénéficié de séances de stimulations des points d'acupuncture (EFT) gratuites ou peu coûteuses dans le cadre du programme Veterans Stress Solution⁸. Un clip de 10 minutes contenant de brefs extraits d'entretiens avec quatre anciens combattants avant et après des traitements de psychologie énergétique, ainsi que des extraits des traitements qu'ils ont reçus, se trouve sur le site www.vetcases.com.

Tremblements de terre et inondations

En 2010, un tremblement de terre en Haïti a causé plus de 200 000 morts et huit milliards de dollars de dégâts. Le TSPT de soixante-dix-sept des survivants a été évalué selon une échelle standard d'évaluation des symptômes. Quarante-huit d'entre eux ont obtenu des scores dans la fourchette clinique. Après deux jours de formation à l'EFT, aucun des participants n'atteignaient plus le score dans la fourchette clinique au post-test ($p < 0,001$). Les scores de symptômes et de gravité des symptômes au post-test ont diminué en moyenne de 72 %, allant d'une réduction de 21 % à une réduction de 100 % (Gurret et al., 2012). Une autre équipe s'est rendue en Haïti 6 mois après le tremblement de terre pour dispenser une formation en TFT.

⁸ <https://www.stresssolution.org/>

En plus de rendre compte de l'efficacité du traitement par tapotement, ils ont présenté les difficultés - ressources limitées en matière de soins de santé, mauvaises infrastructures - qu'ils ont dû surmonter pour assurer le succès du programme (Robson et Robson, 2012).

En 2006, un tremblement de terre en Indonésie a tué plus de six mille personnes et détruit 60 000 maisons. La technique d'acupression Tapas (TAT), une approche de psychologie énergétique dans laquelle les points d'acupuncture sont maintenus (plutôt que tapotés) pendant la verbalisation, a été enseignée aux secouristes locaux, ce qui a permis à quelque six mille adultes et enfants de recevoir le traitement en individuel et en groupe. L'Association Mexicaine pour la Thérapie de Crise a utilisé le TAT pour former des centaines de personnes travaillant sur le terrain lors d'inondations et d'autres catastrophes naturelles au Mexique, au Nicaragua, au Venezuela et en Colombie. Ignacio Jarero, président de l'association, a déclaré sur le site Web du TAT : « Les enfants et les adultes ont rapporté des réductions significatives des scores SUD à la fin du protocole. Le TAT est notre technique préférée pour réduire la souffrance car il est facile à enseigner et à appliquer »⁹.

L'APPORT EFFICACE DES SOINS DE PSYCHOLOGIE ÉNERGÉTIQUE

Au lendemain d'une catastrophe, les ressources communautaires et d'intervention d'urgence sont souvent débordées. Lorsque des centaines, des milliers ou des dizaines de milliers de personnes ont été touchées, la nécessité de mettre en place des systèmes d'accès plus efficaces que l'accompagnement individuel se fait sentir avec une urgence cruciale.

Une méta-analyse de 10 thérapies traitant le TSPT chez les adultes a révélé que celle qui utilisait un protocole de tapotement des points d'acupuncture était plus rentable que la TCC orientée traumatisme, les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) et six des sept autres thérapies évaluées (Mavranzouli et al., 2020b). Ce rapport coût-efficacité s'explique notamment par le fait que les traitements de psychologie énergétique ont tendance à réduire très rapidement l'hyperactivation du système limbique induite par le traumatisme. Ils sont également très flexibles, car ils peuvent être dispensés sous forme de thérapie individuelle par des professionnels ou des praticiens non professionnels, dans des classes et des ateliers, en ligne sous forme de téléthérapie, et/ou enseignés comme une technique d'auto-assistance.

Quatre approches se sont dégagées pour apporter plus efficacement des soins de psychologie énergétique : le recours à de grands groupes, les praticiens non professionnels, la diffusion numérique et la formation de professionnels et de structures locales pour faire face aux effets durables d'une catastrophe majeure. Chacune de ces approches est abordée dans cette section.

Grands groupes

⁹ <https://tatlife.com/disaster-relief/>

Les approches de psychologie énergétique les plus utilisées par les secours en situation de catastrophe (EFT, TAT, TFT, TTT) ont toutes été appliquées en groupe et en individuel. Des techniques énergétiques simples d'auto-apaisement peuvent rapidement réduire les symptômes du stress aigu et être enseignées efficacement en groupe. Comme il n'est pas nécessaire de verbaliser ses traumatismes pour bénéficier des procédures de base de la psychologie énergétique, les participants peuvent obtenir un soulagement immédiat sans avoir à révéler aux autres membres du groupe des souvenirs ou des émotions spécifiques.

Une approche de groupe qui amène les participants au-delà du premier niveau d'intervention de la psychologie énergétique au lendemain d'une catastrophe (secours immédiat/stabilisation), mais toujours de manière anonyme pour la plupart des membres du groupe, a également été développée. Il s'agit de demander à chaque personne de penser à un souvenir ou à une émotion perturbante et de lui attribuer une note SUD de 0 à 10. Un volontaire au sein du groupe est ensuite sélectionné pour une séance de stimulation des points d'acupuncture, dirigée par un praticien qualifié pendant que le groupe observe. Dans le même temps, les participants du groupe reçoivent l'instruction de ne plus se concentrer sur leurs propres problèmes mais sur la détresse psychologique du volontaire. Ils appliquent sur eux-mêmes les procédures utilisées avec le volontaire, comme si le problème du volontaire était le leur. La personne volontaire ressent ainsi le soutien du groupe à son égard, tandis que les participants du groupe se mettent en phase avec elle, et éprouvent de la compassion pour elle. Ils sont en même temps observateurs de la procédure de tapping, et ils la pratiquent et l'intègrent mieux. Cette approche a également un effet inattendu. Lorsque les participants du groupe reviennent pour réévaluer leur propre situation initiale en lui attribuant une deuxième note SUD, la plupart d'entre eux constatent que leur intensité émotionnelle ou leur souffrance a diminué.

Appelé « emprunt des bénéfiques », ce phénomène est largement rapporté par les praticiens des PSPA et a été étudié. Une étude a été menée auprès de 102 participants qui ont assisté à l'un ou l'autre des deux ateliers de trois jours sur l'emprunt de bénéfiques, animés par le créateur de l'EFT, Gary Craig (Rowe, 2005). Les participants ont reçu une liste de symptômes standard 1 mois avant l'atelier, immédiatement avant, immédiatement après, 1 mois après, et 6 mois après l'atelier. Aucune différence significative n'a été constatée dans les résultats moyens des tests 1 mois avant et immédiatement avant l'atelier. Après l'atelier, cependant, une diminution hautement significative ($p < 0,0005$) a été constatée sur la mesure globale de la souffrance psychologique sur la liste, ainsi que sur les neuf sous-échelles. Ces améliorations se sont maintenues lors du suivi à six mois. La majorité des participants n'ont pas bénéficié de traitements individuels pendant les ateliers. Bien que les mécanismes de cette « contagion » positive n'aient pas été établis, les praticiens décrivent régulièrement des résultats similaires (Church et House, 2018). L'intérêt d'utiliser un tel effet après une catastrophe de masse - où les survivants ont vécu des expériences parallèles - est évident.

Par exemple, pendant le travail du Dr Leyden au Rwanda, la

structure qui organisait ses visites dans les villages et avec les groupes qu'elle devait rencontrer lui avait alloué six jours pour travailler avec une centaine d'orphelins qui étaient également chefs de famille. Ils étaient âgés de 19 à 25 ans. Au moment du génocide, ils n'avaient que 5 à 11 ans, mais ils ont dû s'occuper de deux à six autres orphelins sans aucun moyen de subvenir à leurs besoins en matière de nourriture, de loyer, d'éducation ou de dépenses quotidiennes. Avec près de 100 000 orphelins de guerre et des centaines de milliers d'autres enfants devenus orphelins à la suite du décès de leurs parents à cause du VIH/sida, le gouvernement rwandais n'avait ni les ressources ni la capacité de s'occuper de ces orphelins.

Comme l'accompagnement individuel de 100 personnes sur une période de six jours n'allait pas être possible, Leyden a décidé de rencontrer l'ensemble du groupe pendant chacun des six jours. Elle pouvait toujours faire des séances individuelles, mais elle pouvait amplifier leur impact en les faisant devant le groupe tout entier. En utilisant le modèle de l'emprunt de bénéfiques, tous les membres du groupe, avant chaque séance individuelle dispensée à un volontaire, se concentraient sur leurs propres difficultés, leur attribuaient une note SUD, puis portaient leur attention sur le tapotement de la personne volontaire qui était en train de travailler avec le Dr Leyden à l'avant de la salle, en utilisant la formulation utilisée par cette personne.

La première séance individuelle a eu lieu avec un jeune homme d'environ 20 ans qui s'occupait de trois autres orphelins depuis l'époque du génocide. Il était encore aux prises avec des souvenirs intrusifs du génocide survenu 14 ans plus tôt. Il a évalué sa détresse comme étant « supérieure à 10 » sur l'échelle SUD qui va de 0 à 10. Lui, le Dr Leyden et l'ensemble du groupe ont travaillé sur ces phrases et d'autres semblables, une par une :

- Mon esprit ne se sent pas en sécurité.
- Mes souvenirs ne disparaîtront jamais.
- Je serai terrorisé par ces souvenirs pour le reste de ma vie.
- J'ai peur de dormir à cause de ces souvenirs.

Après 25 minutes de stimulations, il a indiqué qu'il était à deux sur l'échelle SUD. Il a déclaré : « Mon esprit se sent en sécurité maintenant. Je sais que je suis en sécurité en ce moment. J'ai hâte de dormir ce soir ». Le Dr Leyden explique qu'elle a ressenti, au cours de ce moment, un changement palpable dans la pièce. Il y avait un sentiment de tranquillité qui n'était pas présent avant la session. Lorsqu'elle a fait le point avec le reste du groupe, les cent participants ont tous indiqué être à un niveau de deux ou moins sur leur problème initial. Plus précisément, une personne après l'autre a déclaré se sentir plus en sécurité dans son corps qu'elle ne l'avait jamais été.

Au fil de la semaine, le jeune homme a signalé que son sentiment de calme persistait chaque soir à la maison. Il était capable de dormir paisiblement. D'autres personnes ayant bénéficié de séances individuelles ont abordé d'autres thèmes, dont ceux-ci, tandis que le groupe tapotait avec eux :

- L'impuissance d'être orphelin.
- Le désespoir de ne pas avoir d'avenir radieux à envisager.
- Guérir la blessure du viol.

- La terreur du retour des souvenirs intrusifs de leurs parents et de leurs familles assassinés sous leurs yeux.
- La douleur d'avoir souvent faim.
- L'angoisse de ne pas pouvoir répondre aux besoins fondamentaux des jeunes enfants dont ils s'occupaient.

Au cours des séances, les participants ont indiqué que ce nouveau sentiment de sécurité les aidait à mieux faire face aux difficultés qu'ils rencontraient au quotidien. Ils ont également appris à leur « famille » à tapoter à la maison, ce qui leur a permis de se sentir plus maîtres de leur situation et plus à même d'aider les autres membres de la famille lorsqu'ils se sentent stressés ou traumatisés. Le Dr Leyden a déclaré que c'était pour elle « un autre rappel de ce que j'ai vu des centaines de fois : le pouvoir du tapotement pour re-réguler le dysfonctionnement physiologique qui se produit lorsqu'une personne est traumatisée. »

Conseillers non professionnels

Étant donné qu'il est possible de mobiliser beaucoup plus de bénévoles pour les secours en cas de catastrophe que de professionnels de la santé mentale formés, des efforts ont été déployés pour former rapidement et efficacement des profanes à l'accompagnement et au soutien émotionnel, ces efforts sont sûrs, efficaces et semblent prometteurs. Une étude publiée dans le *Bulletin de l'Organisation Mondiale de la Santé* a passé en revue 20 essais cliniques impliquant 5 612 participants. Elle a examiné les résultats obtenus à la suite d'un panel de traitements prodigués par des accompagnants non professionnels, en mettant l'accent sur le SSPT, la dépression, l'anxiété et la consommation d'alcool. L'étude a conclu que « le recours à des accompagnants non professionnels, formés professionnellement pour intervenir dans le champ de la santé mentale dans les pays à revenu faible ou intermédiaire était associé à des améliorations significatives des symptômes de santé mentale dans une série de contextes » (Connolly et al., 2021, p. 572).

Stein et Brooks (2011) ont effectué une analyse des praticiens dans le cadre d'une étude sur l'EFT dans le traitement du TSPT chez les vétérans de guerre. Parmi les 59 praticiens volontaires, 26 étaient des praticiens en santé mentale autorisés, et 33 étaient des « coachs non professionnels ». Selon les critères de sélection de l'étude, tous les vétérans avaient obtenu un score supérieur au seuil du TSPT sur un questionnaire établi pour le SSPT des vétérans. Après six séances, 90 % des vétérans traités par les praticiens autorisés n'avaient plus de score dans la fourchette du TSPT, contre 83 % des vétérans traités par les coachs non professionnels. Cette tendance à de meilleurs résultats avec les praticiens autorisés n'est pas statistiquement significative. Les auteurs en ont conclu que l'EFT pratiquée par les coachs non professionnels était « une stratégie efficace pour traiter le TSPT dans cette population » (p. 11).

Deux essais cliniques de traitements TFT à la suite du génocide au Rwanda (Connolly et Sakai, 2011 ; Connolly et al., 2013) et le rapport sur l'utilisation de la TFT après le tremblement de terre de 2010 en Haïti (Robson et Robson, 2012) ont été remarquables non seulement pour leur efficacité, mais chacun d'entre eux a également fait appel à des accompagnants non

professionnels pour prodiguer les soins.

Dans l'étude réalisée en 2011 par Connolly et Sakai auprès de 145 survivants du génocide rwandais, les 28 chefs de communautés qui ont procédé aux traitements avaient bénéficié chacun de deux jours complets de formation à la TFT, avec mise en pratique ainsi qu'une supervision pratique pendant leurs interventions. Les populations ont été assignées au hasard à un traitement de groupe en une séance, ou à un groupe sans traitement. Tous avaient signalé des symptômes de TSPT qui avaient persisté pendant plus d'une décennie après le génocide (ce qui était l'un des critères de sélection). Ces symptômes ont été réduits de manière significative ($p < 0,001$) pour le groupe traité mais pas pour les témoins. Les gains ont été maintenus lors du suivi à deux ans. Les auteurs de l'étude ont conclu :

« Bien qu'il soit souhaitable de faire appel à des professionnels de la santé mentale expérimentés pour traiter le TSPT grave, la possibilité de mobiliser des chefs de communauté pour traiter les autres membres de leur communauté, en utilisant une modalité thérapeutique efficace et non narrative qui ne nécessite pas des années de formation clinique, augmente considérablement les ressources potentielles en soins de santé mentale dans une communauté dévastée par un traumatisme à grande échelle » (p. 171).

L'étude de Connolly et al. (2013) était une réplique partielle de l'enquête de 2011, utilisant à nouveau un modèle à séance unique avec des praticiens non professionnels qui avaient reçu une formation TFT de deux jours pour traiter les symptômes de traumatisme, et qui ont travaillé avec une population différente de survivants du génocide du Rwanda. Comme pour l'étude précédente, la réduction des symptômes autodéclarés était hautement significative pour le groupe traité.

Ayant touché quelque 250 000 personnes ayant vécu des catastrophes dans plus de 30 pays, le réseau Peaceful Heart est probablement celui qui a le plus d'expérience dans la mise en place de grands groupes et le recours à des praticiens non professionnels pour apporter un soulagement dans les zones post-catastrophe. Ils m'ont expliqué comment leur portée se développe si rapidement : « Une de nos formations dans un village africain pour l'auto-application du TTT a été suivie par 40 personnes. Nous avons demandé à chaque participant d'enseigner à 4 autres personnes. Nous leur avons également indiqué qu'ils devraient à leur tour demander à chacune des personnes à qui ils ont enseigné d'enseigner à quatre autres. En l'espace de deux mois, le TTT s'est étendu à plusieurs milliers de personnes dans la région ». Le livre de Hamne et Sandström (2021), *Trauma Tapping Technique : A Tool for PTSD, Stress Relief, and Emotional Trauma Recovery* (2021), décrit leur approche.

Intervention numérique

La pandémie de COVID-19 a poussé de nombreux psychothérapeutes à innover dans les moyens de fournir leurs services en ligne. De plus en plus de preuves montrent que la prestation de services de santé mentale par la téléconsultation peut être efficace. Une récente méta-analyse a révélé que, dans

certaines circonstances, la thérapie cognitivo-comportementale en ligne était plus efficace que les séances en face à face (Luo et al., 2020). Les protocoles de tapotement des points d'acupuncture se prêtent particulièrement bien aux traitements en ligne, et la téléconsultation est utilisée avec cette approche depuis bien plus d'une décennie (Church, 2012). Church a énuméré les nombreux avantages de la pratique en ligne et des autotraitements offerts en ligne, à savoir une plus grande portée, l'accès des utilisateurs à un soutien 24/7, l'anonymat et des coûts plus faibles. Il a également évoqué les inconvénients potentiels, tels que la possibilité d'abréactions ou de retraumatisations en l'absence du soutien immédiat d'un praticien, l'autotraitement inapproprié pour les diagnostics de santé mentale sévères comme la schizophrénie ou le trouble bipolaire, ainsi que l'absence de contrôle de la qualité ou une responsabilité peu claire pour les développeurs et les fournisseurs de services en ligne.

La première étude systématique des traitements de psychologie énergétique numérique a montré qu'un programme EFT en ligne de 8 semaines réduisait significativement la douleur, l'anxiété et la dépression tout en améliorant la vitalité, l'interaction sociale et l'état de santé mentale chez 26 femmes diagnostiquées fibromyalgiques (Brattberg, 2008). La majorité des plus de 21 000 séances de tapotement offertes par le Veterans Stress Solution (voir note de bas de page 8) ont été effectuées en ligne. Le programme « Resources for Resilience » de la Commission Humanitaire de l'ACEP propose un éventail d'outils en ligne qui peuvent aider à « soulager la souffrance en enseignant des techniques d'autotraitement à ceux qui subissent les effets de la violence, des traumatismes et des catastrophes naturelles » (voir texte, note de bas de page 7). Une application pour téléphone portable, qui guide les utilisateurs dans la mise en pratique des protocoles de tapotement des points d'acupuncture pour traiter l'anxiété et le stress, a été utilisée dans le cadre d'une étude à grande échelle portant sur 270 461 utilisateurs de l'application **and found highly significant ($p < 0.001$) symptom reduction (Church et al., 2020).**

Le format en ligne peut non seulement rendre les services plus accessibles, mais aussi faciliter les sessions en grand groupe. Les membres de la Commission Humanitaire de l'ACEP ont indiqué, dans un questionnaire informel, recourir fréquemment à des séances de groupe Zoom ou à des cours en ligne sur la santé. Dans un ECR étudiant les résultats des traitements EFT sur les niveaux de stress, d'anxiété et d'épuisement professionnel pendant la pandémie, 72 infirmières ont été réparties au hasard dans un groupe de stimulation des acupoints et un groupe témoin sans traitement (Dincer et Inangil, 2021). Sur la base d'une seule séance d'EFT de groupe guidée en ligne, la réduction du niveau de stress, de l'anxiété et des indicateurs d'épuisement professionnel a atteint des niveaux statistiquement élevés ($p < 0,001$). Le groupe témoin n'a montré aucun changement statistiquement significatif sur ces mesures.

Formation des professionnels et des institutions locales

Une seule catastrophe majeure peut changer une communauté

à jamais. Si les équipes de secours d'urgence venant d'autres régions peuvent apporter des ressources indispensables, leur séjour dans la communauté est relativement bref. Les équipes de secours en psychologie énergétique, de Newtown à Parkland en passant par le Rwanda et les communautés autochtones d'Australie, ont développé des méthodes de formation et d'autonomisation des dirigeants locaux et des survivants de catastrophes afin d'améliorer la résilience à long terme de la communauté. Avant leur départ, les équipes de secours dispensent de plus en plus souvent une formation sur les protocoles de tapotement des acupoints aux professionnels de la santé mentale et aux organismes locaux, qui répondront aux besoins à long terme de leurs communautés. Par exemple, à la suite de la fusillade dans un lycée de Parkland, en Floride, qui fait partie du Comté de Broward, la communauté de 2,2 millions d'habitants ayant été profondément touchée, des professionnels formés prodiguent désormais des séances EFT dans 20 agences du Comté. Cela a été rendu possible grâce à la reconnaissance, par les agences gouvernementales et les fondations privées - y compris le Conseil local des services aux enfants et la Fondation de l'assurance-vie de New York - de la nécessité de déployer et de reproduire les thérapies par tapotement afin qu'elles soient largement disponibles.

Tendances en matière de prestation de soins

D'après mes entretiens avec des praticiens qui ont intégré la stimulation des acupoints dans les soins d'urgence aux sinistrés, ces quatre tendances semblent accroître l'impact des interventions de psychologie énergétique. À l'appui des deux premières tendances (applications à de grands groupes et recours à des membres de la communauté soigneusement sélectionnés pour qu'ils puissent apprendre la méthode et l'enseigner ensuite à d'autres survivants sous la supervision de l'équipe d'intervention), on constate une tendance à simplifier les protocoles de tapotement. Cela permet aux protocoles de tapotement d'être facilement et largement appliqués pour un soulagement et une stabilisation immédiats. L'un des principaux moyens d'y parvenir a été d'axer les protocoles de traitement par stimulation d'acupoints sur le *ressenti perçu* (d'après Gendlin, 1982) des souvenirs traumatiques ou d'autres émotions perturbatrices, plutôt que de s'en remettre à des descriptions verbales ou à des phrases construites. La troisième tendance, l'utilisation de la technologie digitale, permet à la fois de diffuser largement les meilleures recommandations pour faire face à une catastrophe, et d'organiser des séances de traitement personnalisés à distance avec des individus et des groupes. Ces trois évolutions peuvent être utilisées dans le cadre de la quatrième tendance, qui consiste à donner à la communauté locale les moyens de désormais faire face à toutes difficultés en matière de santé mentale, et de développer une plus grande résilience après avoir vécu la tragédie.

FORMATION

La formation et la certification dans les différentes formes de psychologie énergétique sont disponibles auprès de nombreux

organismes. Parmi les plus importants et les plus respectées, citons l'Association for Comprehensive Energy Psychology¹⁰, EFT Universe¹¹, Thought Field TherapyQR¹², EFT International¹³, et Evidence Based EFT Training¹⁴. Et l'IFPEC pour la France : <https://ifpec.org> (Ndlt). En plus des compétences de base nécessaires pour traiter les problèmes psychologiques à l'aide des protocoles de tapotement des points d'acupuncture, la formation d'intervenant en accompagnement psychologique d'urgence est largement disponible auprès d'organisations telles que la Croix-Rouge¹⁵, la Green Cross Academy of Traumatology¹⁶, et l'International Trauma Training Institute¹⁷. Une liste d'autres formations en personne ou en ligne est disponible sur <https://www.apa.org/practice/programs/dmhi/dmh-training/disaster-mental-health-training>. Plus d'une douzaine de livres sont disponibles pour se documenter sur les questions que tout intervenant en soins d'urgence doit comprendre. Trois de mes préférés sont les ouvrages déjà mentionnés *Interventions Following Mass Violence and Disasters* (Ritchie et al., 2007), *The Body Keeps the Score* (van der Kolk, 2014) et *The Worst Is Over : What to Say When Every Moment Counts* (Acosta et Prager, 2014).

RECHERCHE FUTURE

Des recherches systématiques supplémentaires sont nécessaires car un nombre croissant d'équipes de secours en situation de catastrophe utilisent des protocoles de psychologie énergétique. Parmi les sujets nécessitant des investigations plus poussées : (a) Les interventions de psychologie énergétique dans les suites immédiates d'une catastrophe sont-elles plus efficaces que d'autres modalités pour prévenir les symptômes post-traumatiques à long terme ? (b) Quelles stratégies de psychologie énergétique sont les plus efficaces au cours de chaque phase de récupération post-catastrophe ? (c) Quels ajustements doivent être faits en fonction du type de catastrophe ? (d) Quand est-il préférable d'avoir recours, ou pas, aux éléments de verbalisation dans les protocoles de psychologie énergétique ? et (e) Comment des approches efficaces, telles que le recours à de grands groupes et à la technologie numérique, peuvent-elles être conçues pour renforcer plutôt que diluer les effets de la technique ?

CONCLUSION

L'incidence croissante des catastrophes naturelles et d'origine humaine a entraîné une grave pénurie de ressources en santé mentale pour faire face aux conséquences émotionnelles et à la situation détériorée de millions de personnes qui ont vécu

¹⁰ <https://www.energypsych.org/>

¹¹ <https://eftuniverse.com/>

¹² <https://tfttapping.com/>

¹³ <https://eftinternational.org/>

¹⁴ <https://evidencebasedeft.com/>

¹⁵ <https://www.redcross.org/take-a-class/disaster-training>

¹⁶ <https://greencross.org/>

¹⁷ <https://traumaonline.net/certified-clinical-trauma-professional-cctp/>

des situations de catastrophe dans le monde entier. La mise en route des interventions de psychologie énergétique à la suite de catastrophes dans plus de 30 pays a été prometteuse, et les moyens efficaces d'intervention englobent les grands groupes, les accompagnants non professionnels, la technologie numérique et l'autonomisation des communautés. Les rapports de ceux qui prodiguent ces soins, ainsi qu'un nombre limité d'études empiriques, semblent convaincants; la capacité de la technique à soulager rapidement les séquelles neurologiques du traumatisme étant un avantage majeur.

HISTORIQUE ET PERMISSIONS

Cet article est une révision complète et une mise à jour, adaptée de l'article de 2008 de l'auteur: «Energy Psychology in Disaster Relief», publié dans *Traumatology*, 14(1), 124-137. Copyright © 2008 par l'American Psychological Association. Les passages sélectionnés sont reproduits avec la permission de l'auteur.

CONTRIBUTIONS DES AUTEURS

L'auteur a réalisé chaque étape de l'élaboration de ce manuscrit.

REMERCIEMENTS

L'auteur souhaite remercier Lori Leyden et John Freedom pour leurs précieuses suggestions sur les versions antérieures de ce manuscrit.

RÉFÉRENCES

- Acosta, J., et Prager, S. I. (2014). *The Worst is Over: What to Say When Every Moment Counts (Rev.)*. Scotts Valley: CreateSpace.
- American Psychological Association (2017). *Clinical Practice guideline for the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) in adults*. Washington: American Psychological Association.
- Badour, C. L., Blonigen, D. M., Boden, M. T., Feldner, M. T., et Bonn-Miller, M. O. (2012). A longitudinal test of the bi-directional relations between avoidance coping and PTSD severity during and after PTSD treatment. *Behav. Res. Ther.* 50, 610-616. doi: 10.1016/j.brat.2012.06.006
- Bangpan, M., Felix, L., et Dickson, K. (2019). Mental health and psychosocial support programmes for adults in humanitarian emergencies: a systematic review and meta-analysis in low and middle-income countries. *Br. Med. J. Glob. Health* 4:e001484. doi: 10.1136/bmjgh-2019-001484
- Berlau, D. J., et McGaugh, J. L. (2006). Enhancement of extinction memory consolidation: the role of the noradrenergic and GABAergic systems within the basolateral amygdala. *Neurobiol. Learn. Mem.* 86, 123-132. doi: 10.1016/j.nlm.2005.12.008
- Boath, E., Stewart, T., et Rolling, C. (2014). The impact of EFT and Matrix Reimprinting on the civilian survivors of war in Bosnia: a pilot study. *Curr. Res. Psychol.* 5, 64-72. doi: 10.3844/crsp.2014.64.72
- Brattberg, G. (2008). Self-administered EFT (Emotional Freedom Techniques) in individuals with fibromyalgia: a randomized trial. *Integr. Med.* 7, 30-35.
- Brewin, C. R. (2005). "Implications for psychological intervention," in J. J. Vasterling et C. R. (dir.) *Neuropsychology of PTSD: Biological, Cognitive, and Clinical Perspectives*, Brewin (New York, NY: Guilford), 271-291.
- Brown, R. C., Witt, A., Fegert, J. M., Keller, F., Rassenhofer, M., et Plener, P. (2017). Psychosocial interventions for children and adolescents after man-made and natural disasters: a meta-analysis and systematic review. *Psychol. Med.* 47, 1893-1905. doi: 10.1017/S0033291717000496
- Bryant, R. A., et Litz, B. T. (2007). "Intermediate interventions," in E. C. Ritchie, P. J. Watson, et M. J. Friedman (dir.) *Interventions following mass violence and disasters: Strategies for mental health practice* (New York: Guilford), 155-173.
- Church, D. (2012). Online delivery of efficacious therapies for depression, anxiety, PTSD, and pain [Editorial]. *Energy Psychol.* 4, 9-12. doi: 10.9769/EPJ.2012.4.1.DC
- Church, D. (2013). Clinical EFT as an evidence-based practice for the treatment of psychological and physiological conditions. *Psychology* 4, 645-654. doi: 10.4236/psych.2013.48092
- Church, D., Hawk, C., Brooks, A., Toukolehto, O., Wren, M., Dinter, I., et al. (2013). Psychological trauma in veterans using EFT (Emotional Freedom Techniques): a randomized controlled trial. *J. Nerv. Ment. Dis.* 201, 153-160. doi: 10.1097/NMD.0b013e31827f6351
- Church, D., et House, D. (2018). Borrowing benefits: group treatment with Clinical Emotional Freedom Techniques is associated with simultaneous reductions in posttraumatic stress disorder, anxiety, and depression symptoms. *J. Evid.-Based Integr. Med.* 23:2156587218756510. doi: 10.1177/2156587218756510
- Church, D., Stapleton, P., et Sabot, D. (2020). App-based delivery of Clinical Emotional Freedom Techniques: cross-sectional study of app user self-ratings. *JMIR Mhealth Uhealth* 12, 869-877. doi: 10.2196/18545
- Clond, M. (2016). Emotional Freedom Techniques for anxiety: a systematic review with meta-analysis. *J. Nerv. Ment. Dis.* 204, 388-395. doi: 10.1097/NMD.0000000000000483
- Coleman, L. (2006). Frequency of man-made disasters in the 20th century. *J. Contingencies Crisis Manag.* 14, 3-11. doi: 10.1111/j.1468-5973.2006.00476.x
- Committee on Treatment of Posttraumatic Stress Disorder (2008). *Treatment of Posttraumatic Stress Disorder: An Assessment of the Evidence*. Washington: Institute of Medicine of the National Academy of Sciences.
- Connolly, S., and Sakai, C. (2011). Brief trauma intervention with Rwandan genocide-survivors using thought field therapy. *Int. J. Emerg. Ment. Health* 13, 161-172.
- Connolly, S. M., Roe-Sepowitz, D., Sakai, C., et Edwards, J. (2013). Utilizing community resources to treat PTSD: a randomized controlled study using Thought Field Therapy. *Afr. J. Trauma. Stress* 3, 82-90. doi: 10.13140/RG.2.2.14793.44644
- Connolly, S. M., Vanchu-Orosco, M., Warner, J., Seidi, P. A., Edwards, J., Boath, E., et al. (2021). Mental health interventions by lay counsellors: a systematic review and meta-analysis. *Bull. World Health Organ.* 99, 572-582. doi: 10.2471/BLT.20.269050
- David, D., Cristea, I., et Hofmann, S. G. (2018). Why cognitive behavioral therapy is the current gold standard of psychotherapy. *Front. Psychiatry.* 9:4. doi: 10.3389/fpsy.2018.00004
- DeAngelis, T. (2014). What every psychologist should know about disasters: being competent in the face of a disaster takes training and know how. *Monit. Psychol.* 45, 62-65.
- Di Rienzo, F., Saruco, E., Church, D., Daligault, S., Delpuech, C., Gurret, J. M., et al. (2019). Neuropsychological correlates of an energy psychology intervention on flight phobia: a MEG single-case study. *PsyArXiv* [Preprint]. doi: 10.31234/osf.io/s3hce
- Dincer, B., et Inangil, D. (2021). The effect of Emotional Freedom Techniques on nurses' stress, anxiety, and burnout levels during the COVID-19 pandemic: a randomized controlled trial. *Explore* 17, 109-114. doi: 10.1016/j.explore.2020.11.012

- Duckworth, M. P., et Follette, V. M. (dir.) (2011). *Retraumatization: Assessment, Treatment, and Prevention*. New York: Routledge.
- Dunnewold, A. L. (2014). Thought Field Therapy Efficacy Following Large Scale Traumatic Events. *Curr. Res. Psychol.* 5, 34–39. doi: 10.3844/crsp.2014.34.39
- Dunsmoor, J. E., Niv, Y., Daw, N., et Phelps, E. A. (2015). Rethinking extinction. *Neuron* 88, 47–63. doi: 10.1016/j.neuron.2015.09.028
- Exton-McGuinness, M. T. J., Lee, J. L. C., et Reichelt, A. C. (2015). Updating memories: the role of prediction errors in memory reconsolidation. *Behav. Brain Res.* 278, 375–384. doi: 10.1016/j.bbr.2014.10.011
- Fang, J., Jin, Z., Wang, Y., Li, K., Kong, J., Nixon, E. E., et al. (2009). The salient characteristics of the central effects of acupuncture needling: limbic- paralimbic-neocortical network modulation. *Hum. Brain Mapp.* 30, 1196–1206. doi: 10.1002/hbm.20583
- Farrell, N. R., Deacon, B. J., Dixon, L. J., et Lickel, J. J. (2013). Theory-based training strategies for modifying practitioner concerns about exposure therapy. *J. Anxiety Disord.* 27, 781–787. doi: 10.1016/j.janxdis.2013.09.003
- Fay, D. (2021). *Becoming Safely Embodied: A Guide to Organize Your Mind, Body and Heart to Feel Secure in the World*. New York: Morgan James.
- Feinstein, D. (2008). Energy psychology in disaster relief. *Traumatology* 14, 124–137. doi: 10.1177/1534765608315636
- Feinstein, D. (2010). Rapid treatment of PTSD: why psychological exposure with acupoint tapping may be effective. *Psychotherapy* 47, 385–402. doi: 10.1037/a0021171
- Feinstein, D. (2016). A survey of energy psychology practitioners: who they are, what they do, who they help. *Energy Psychol. Theory Res. Treat.* 8, 33–39. doi: 10.9769/EPJ.2016.8.1.DF
- Feinstein, D. (2019). Energy psychology: efficacy, speed, mechanisms. *Explore* 2019, 340–351. doi: 10.1016/j.explore.2018.11.003
- Feinstein, D. (2021a). Perceptions, reflections, and guidelines for using energy psychology: a distillation of 800+ surveys and interviews with practitioners and clients. *Energy Psychol. Theory Res. Treat.* 13, 13–46. doi: 10.9769/EPJ.2021.13.1.DF
- Feinstein, D. (2021b). Six empirically-supported premises about energy psychology: mounting evidence for a controversial therapy. *Adv. Mind Body Med.* 35, 17–32.
- Feinstein, D. (2022a). *Energy psychology in disaster relief* (revised excerpt). Disponible en ligne : <https://2008-disaster-relief-paper-excerpts.EnergyPsychEd.com>.
- Feinstein, D. (2022b). The energy of energy psychology. *OBM Integr. Complement. Med.* 7:28. doi: 10.21926/obm.icm.2202015
- Feinstein, D. (sous presse). Integrating the manual stimulation of acupuncture points into psychotherapy: a systematic review with clinical recommendations. *J. Psychother. Integ.*
- Foa, E. B., et McNally, R. J. (1996). "Mechanisms of change in exposure therapy," in R. M. Rapee (dir.) *Current controversies in the anxiety disorders* (New York: Guilford), 329–343.
- Foa, E. B., Steketee, G., et Rothbaum, B. O. (1989). Behavioral/cognitive conceptualizations of post-traumatic stress disorder. *Behav. Ther.* 20, 155–176. doi: 10.1016/S0005-7894(89)80067-X
- Folkes, C. (2002). Thought field therapy and trauma recovery. *Int. J. Emerg. Ment. Health* 4, 99–103.
- Gallo, F. P. (2004). *Energy psychology: Explorations at the Interface of Energy, Cognition, Behavior, and Health*, 2e Edition. New York: CRC Press.
- Gendlin, E. T. (1982). *Focusing*, 2e Edition. New York: Bantam.
- Geronilla, L., Minewiser, L., Mollon, P., McWilliams, M., et Clond, M. (2016). EFT (Emotional Freedom Techniques) remediates PTSD and psychological symptoms in veterans: a randomized controlled replication trial. *Energy Psychol. Theory Res. Treat.* 8, 29–41. doi: 10.9769/EPJ.2016.8.2.LG
- Gordon, J. S., Staples, J. K., Blyta, A., Bytyqi, M., et Wilson, A. T. (2008). Treatment of posttraumatic stress disorder in postwar Kosovar adolescents using mind-body skills groups: a randomized controlled trial. *J. Clin. Psychiatry* 69, 1469–1476. doi: 10.4088/jcp.69n0915
- Gurret, J.-M., Caufour, C., Palmer-Hoffman, J., et Church, D. (2012). Post-earthquake rehabilitation of clinical PTSD in Haitian seminarians. *Energy Psychol.* 4, 33–40. doi: 10.9769/EPJ.2012.4.2.JPH
- Hamne, G., et Sandström, U. (2021). *Trauma Tapping Technique: A Tool for PTSD, Stress Relief, and Emotional Trauma Recovery*. Stockholm: Peaceful Heart Publishing.
- Hui, K. K.-S., Liu, J., Marina, O., Napadow, V., Haselgrove, C., Kwong, K. K., et al. (2005). The integrated response of the human cerebellum and limbic systems to acupuncture stimulation at ST 36 as evidenced by fMRI. *NeuroImage* 27, 479–496. doi: 10.1016/j.neuroimage.2005.04.037
- Jayawickreme, E., et Blackie, L. E. (2014). Post-traumatic growth as positive personality change: evidence, controversies and future directions. *Eur. J. Pers.* 28, 312–331.
- Kaplan, J. S., et Tolin, D. F. (2011). Exposure therapy for anxiety disorders: theoretical mechanisms of exposure and treatment strategies. *Psychiatr. Times* 28, 33–37.
- Karácsonyi, D., Taylor, A., et Bird, D. (dir.) (2021). *The Demography of Disasters: Impacts for Population and Place*. Switzerland: Springer.
- Keane, T. M. (1995). The role of exposure therapy in the psychological treatment of PTSD. *NCP Clin. Q.* 5, 1–6.
- König, N., Stever, S., Seebacher, J., von Prittwitz, Q., Bliem, H., et Rossi, S. (2019). How therapeutic tapping can alter neural correlates of emotional prosody processing in anxiety. *Brain Sci.* 9:206. doi: 10.3390/brainsci9080206
- Leichsenring, F., Abbass, A., Hilsenroth, M. J., Luyten, P., Munder, T., Rabung, S., et al. (2018). "Gold standards," plurality and monocultures: the need for diversity in psychotherapy. *Front. Psychiatry* 9:159. doi: 10.3389/fpsy.2018.00159
- Leskowitz, E. (2016). Integrative medicine for PTSD and TBI: two innovative approaches. *Med. Acupunct.* 28, 81–183. doi: 10.1089/acu.2016.1168
- Levine, P. (1997). *Waking the Tiger: Healing Trauma*. Berkeley: North Atlantic Books.
- Luo, C., Sanger, N., Singhal, N., Patrick, K., Shams, I., Shahid, H., et al. (2020). A comparison of electronically-delivered and face to face cognitive behavioural therapies in depressive disorders: a systematic review and meta-analysis. *EClinicalMedicine* 24:100442. doi: 10.1016/j.eclinm.2020.100442
- Lyford, C. (2022). Is meditation as safe as we think? *Psychother. Netw.* 46, 11–13.
- Lyons, J. A., et Keane, T. M. (1989). Implosive therapy for the treatment of combat-related PTSD. *J. Trauma. Stress* 2, 243–264.
- MacKay, D., et Alfred, P. K. (2013). "Cross-cultural EFT," in D. Church et S. Marohn (dir.) *Clinical EFT handbook: A definitive resource for practitioners, scholars clinicians and researchers* vol. 2 (California: Energy Psychology Press), 437–446. doi: 10.1111/jmft.12416
- Makwana, N. (2019). Disaster and its impact on mental health: a narrative review. *J. Fam. Med. Prim. Care* 8, 3090–3095. doi: 10.4103/jfmpc.jfmpc_893_19
- Markowitz, J. C., Petkova, E., Neria, Y., Van Meter, P. E., Zhao, Y., Hembree, E., et al. (2015). Is Exposure Necessary? A Randomized Clinical Trial of Interpersonal Psychotherapy for PTSD. *Am. J. Psychiatry* 172, 430–440. doi: 10.1176/appi.ajp.2014.14070908
- Mavranezouli, I., Megnin-Viggars, O., Daly, C., Dias, S., Stockton, S., Meiser-Stedman, R., et al. (2020a). Psychological and psychosocial treatments for children and young people with post-traumatic stress disorder: a network meta-analysis. *J. Child Psychol. Psychiatry* 61, 18–29. doi: 10.1111/jcpp.13094
- Mavranezouli, I., Megnin-Viggars, O., Grey, N., Bhutani, G., Leach, J., Daly, C., et al. (2020b). Cost-effectiveness of psychological treatments for post-traumatic stress disorder in adults. *PLoS*

- One 15:e0232245. doi:10.1371/journal.pone.0232245
- McNally, R. J., Bryant, R. A., et Ehlers, A. (2003). Does early psychological intervention promote recovery from posttraumatic stress?. *Psychol. Sci. Public Interest* 4, 45–79. doi: 10.1111/1529-1006.01421
- Mollon, P. (2008). *Psychoanalytic Energy Psychotherapy*. London: Karnac.
- Mollon, P. (2013). "Client safety," in D. Church et S. Marohn (dir.) *Clinical EFT Handbook Vol 2* (Fulton: Energy Psychology Press), 355–362.
- Monfils, M. H., Cowansage, K. K., Klann, E., et LeDoux, J. E. (2009). Extinction-reconsolidation boundaries: key to persistent attenuation of fear memories. *Science* 324, 951–955. doi: 10.1126/science.1167975
- Morina, N., Nickerson, A., Malek, M., et Bryant, R. (2017). Meta-analysis of interventions for posttraumatic stress disorder and depression in adult survivors of mass violence in low- and middle-income countries. *Depress. Anxiety* 34, 679–691. doi: 10.1002/da.22618
- Nader, K. (2003). Memory traces unbound. *Trends Neurosci.* 26, 65–72. doi: 10.1016/S0166-2236(02)00042-5
- Nelms, J., et Castel, D. (2016). A systematic review and meta-analysis of randomized and non-randomized trials of Emotional Freedom Techniques (EFT) for the treatment of depression. *Explore* 12, 416–426. doi: 10.1016/j.explore.2016.08.001
- Norris, F., et Alegria, M. (2007). "Promoting disaster recovery in ethnic-minority individuals and communities," in E. C. Ritchie, P. J. Watson, et M. J. Friedman (dir.) *Interventions Following Mass Violence and Disasters: Strategies for Mental Health Practice* (New York: Guilford), 319–342. doi: 10.1017/s1092852900019477
- Ørner, R. J., Kent, A. T., Pfefferbaum, B. J., Raphael, B., et Watson, P. J. (2007). "The context of providing immediate postevent intervention," in E. C. Ritchie, P. J. Watson, et M. J. Friedman (dir.) *Interventions Following Mass Violence and Disasters: Strategies for Mental Health Practice* (New York: Guilford), 121–133.
- Ortner, N., Leyden, L., et Lewis, S. (n.d.). *Newtown Trauma Relief Collaboration Project*. Newtown: Newtown Trauma Relief Collaboration Project.
- Purgato, M., Gastaldon, C., Papola, D., van Ommeren, M., Barbui, C., et Tol, W. A. (2018). Psychological therapies for the treatment of mental disorders in low- and middle-income countries affected by humanitarian crises. *Cochrane Database Syst. Rev.* 7:CD011849. doi: 10.1002/14651858.CD011849.pub2
- Quarantelli, E. L. (2000). *Disaster Planning, Emergency Management and Civil Protection: The Historical Development of Organized Efforts To Plan for and to Respond To Disasters*. Newark: University of Delaware Disaster Research Center. <https://udspace.udel.edu/bitstream/handle/19716/673/PP301.pdf?isAllowed=y&sequence=1>.
- Raphael, B., et Wooding, S. (2007). "Longer-term mental health interventions for adults following disasters and mass violence," in E. C. Ritchie, P. J. Watson, et M. J. Friedman (dir.) *Interventions Following Mass Violence and Disasters: Strategies for Mental Health Practice* (New York: Guilford), 174–192.
- Ritchie, E. C., Watson, P. J., et Friedman, M. J. (dir.) (2007). *Interventions Following Mass Violence and Disasters: Strategies for Mental Health Practice*. New York: Guilford.
- Robson, P., and Robson, H. (2012). The challenges and opportunities of introducing Thought Field Therapy (TFT) following the Haiti earthquake. *Energy Psychol. J.* 4, 41–45. doi: 10.9769/EPJ.2012.4.1.PR
- Rogers, S., et Silver, S. M. (2002). Is EMDR an exposure therapy?: a review of trauma protocols. *J. Clin. Psychol.* 58, 43–59. doi: 10.1002/jclp.1128
- Rothbaum, B. O., et Foa, E. B. (1996/2007). "Cognitive-behavioral therapy for posttraumatic stress disorder," in B. A. van der Kolk, A. C. McFarlane, et L. Weisaeth (dir.) *Traumatic Stress: The Effects of Overwhelming Experience on Mind, Body, and Society* (New York: Guilford), 491–509.
- Rowe, J. E. (2005). The effects of EFT on long-term psychological symptoms. *Couns. Clin. Psychol.* 2, 104–111.
- Ruden, R. A. (2019). Harnessing electroceuticals to treat disorders arising from traumatic stress: theoretical considerations using a psychosensory model. *Explore* 15, 222–229. doi: 10.1016/j.explore.2018.05.005
- Ruzek, J. I. (2007). "Models of early intervention following mass violence and other trauma," in E. C. Ritchie, P. J. Watson, et M. J. Friedman (dir.) *Interventions Following Mass Violence and Disasters: Strategies for Mental Health Practice* (New York: Guilford), 16–34.
- Sakai, C. S. (2014). *Overcoming Adversity: How Energy Tapping Transforms Your Life's Worst Experiences – A Primer for Post-Traumatic Growth*. Santa Rosa: Energy Psychology Press.
- Sakai, C. S., Connolly, S. M., et Oas, P. (2010). Treatment of PTSD in Rwandan genocide survivors using Thought Field Therapy. *Int. J. Emerg. Ment. Health* 12, 41–50.
- Schiller, D., Monfils, M.-H., Raio, C. M., Johnson, D. C., LeDoux, J. E., et Phelps, E. A. (2010). Preventing the return of fear in humans using reconsolidation update mechanisms. *Nature* 463, 49–53. doi: 10.1038/nature08637
- Schulz, P. (2009). Integrating energy psychology into treatment for adult survivors of childhood sexual abuse. *Energy Psychol. Theory Res. Treat.* 1, 15–22. doi: 10.9769/EPJ.2009.1.1.KS
- Schwarz, R. (2018). "Energy psychology, polyvagal theory, and the treatment of trauma," in S. W. Porges et D. A. Dana (dir.) *Clinical Applications of the Polyvagal Theory: The Emergence of Polyvagal-Informed Therapies* (New York, NY: Norton), 270–284.
- Seal, K. H., Maguen, S., Cohen, B., Gima, K. S., Metzler, T. J., Ren, L., et al. (2010). VA mental health services utilization in Iraq and Afghanistan veterans in the first year of receiving new mental health diagnoses. *J. Trauma. stress* 23, 5–16. doi: 10.1002/jts.20493
- Sebastian, B., et Nelms, J. (2017). The effectiveness of Emotional Freedom Techniques in the treatment of posttraumatic stress disorder: a meta-analysis. *Explore* 13, 16–25. doi: 10.1016/j.explore.2016.10.001
- Seidi, P., Jaff, D., Connolly, S. M., et Hoffart, A. (2021). Applying Cognitive Behavioral Therapy and Thought Field Therapy in Kurdistan region of Iraq: a retrospective case series study of mental-health interventions in a setting of political instability and armed conflicts. *Explore* 17, 84–91. doi: 10.1016/j.explore.2020.06.003
- Seligman, M. E. P. (2002). "Positive psychology, positive prevention, and positive therapy," in C. R. Snyder et S. J. Lopez (dir.) *Handbook of Positive Psychology* (New York: Oxford University Press), 3–9.
- Stapleton, P. (2019). *The Science Behind Tapping*. Carlsbad: Hay House Inc.
- Stapleton, P., Buchan, C., Mitchell, I., McGrath, J., Gorton, P., et Carter, B. (2019). An initial investigation of neural changes in overweight adults with food cravings after Emotional Freedom Techniques. *OBM Integr. Complement. Med.* 4:14. doi: 10.21926/obm.icm.1901010
- Steenkamp, M. M., Litz, B. T., Hoge, C. W., et Marmar, C. R. (2015). Psychotherapy for military-related PTSD: a review of randomized clinical trials. *J. Am. Med. Assoc.* 314, 489–500. doi: 10.1001/jama.2015.8370
- Stein, P. K., et Brooks, A. J. (2011). Efficacy of EFT provided by coaches versus licensed therapists in veterans with PTSD. *Energy Psychol. Theory Res. Treat.* 3, 11–17. doi: 10.9769/EPJ.2011.3.1.PKS.AJB
- Takakura, N., et Yajima, H. (2009). Analgesic effect of acupuncture needle penetration: a double-blind crossover study. *Open Med.* 3, e54–e61.
- Turrini, G., Purgato, M., Ballette, F., Nosè, M., Ostuzzi, G., et Barbui, C. (2017). Common mental disorders in asylum seekers and refugees: umbrella review of prevalence and intervention studies. *Int. J. Ment. Health Syst.* 11:51. doi: 10.1186/s13033-017-0156-0
- UN Refugee Agency (2021). *Figures at a Glance*. Geneva: UN Refugee Agency.

United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs [OCHA] (2020). *The Human Cost of Disasters: An Overview of the Last 20 Years 2000- 2019*. New York: United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs.

van der Kolk, B. A. (2014). *The Body Keeps the Score: Brain, Mind, and Body in the Healing of Trauma*. New York: Viking.

van Ginneken, N., Chin, W. Y., Lim, Y. C., Ussif, A., Singh, R., Shahmalak, U., et al. (2021). Primary-level worker interventions for the care of people living with mental disorders and distress in low- and middle-income countries. *Cochrane Database Syst. Rev.* 8:CD009149. doi:10.1002/14651858.CD009149.pub3

Watson, P. J., Brymer, M. J., et Bonanno, G. A. (2011). Postdisaster psychological intervention since 9/11. *Am. Psychol.* 66, 482–494. doi:10.1037/a002 4806

Young, B. H. (2007). "The immediate response to disaster: guidelines for adult psychological first aid," in E. C. Ritchie, P. J. Watson, et M. J. Friedman (dir.) *Interventions Following Mass Violence and Disasters: Strategies for Mental Health Practice* (New York: Guilford), 134–154

Conflit d'intérêt : DF dirige des formations, il est psychologue clinicien et a écrit des livres liés à l'approche étudiée dans ce document.

Note de l'éditeur : Toutes les affirmations exprimées dans cet article n'engagent que les auteurs et ne représentent pas nécessairement celles de leurs organisations affiliées, ni celles de l'éditeur, des rédacteurs et des réviseurs. Tout produit pouvant être évalué dans cet article, ou toute revendication pouvant être faite par son fabricant, n'est ni garanti ni approuvé par l'éditeur.

Copyright © 2022 Feinstein. Il s'agit d'un article en accès libre distribué selon les termes de la licence Creative Commons Attribution (CC BY). L'utilisation, la distribution ou la reproduction dans d'autres forums est autorisée, à condition que le(s) auteur(s) original(aux) et le(s) titulaire(s) du droit d'auteur soient crédités et que la publication originale dans ce journal soit citée, conformément aux pratiques académiques acceptées. Toute utilisation, distribution ou reproduction non conforme à ces conditions est interdite.