



La méditation, le mouvement des yeux et les addictions

Meditation, eye movements and addictions

B. Journe*

Où placer la conscience dans les thérapeutiques du troisième millénaire ? s'interroge l'auteur. "Les addictions sont un modèle de problématique, en même temps corporelle, psychologique et sociale. Nous approchons les addictions en tant que comportement, comme attraction pour un objet aux dépens de la santé. La santé en tant qu'écosystème concerne maintenant autant les individus que la planète", explique-t-il. Ces questions de la conscience et du soin portent son activité de médecin depuis les années 1970. À partir des apports récents, il élabore ici des réflexions sur une clinique du soin, "que l'on pourrait nommer méditative". Dans cet article, il aborde 3 "nouveau-tés" qui donnent à la pensée des changements de paradigmes : l'arrivée de la méditation comme élément de soin, le "GPS neuronal" qui a valu, en 2014, au chercheur américano-britannique John O'Keefe et au couple de Norvégiens May-Britt et Edvard Moser le prix Nobel de médecine pour leur découverte des cellules de notre GPS interne, et l'EMDR (Eye Movement for Desensitization and Reprocessing). Des éléments qui convergent vers un autre regard sur la physiologie cognitive et des moyens autres de soigner.

Where can consciousness be placed in the therapeutic world of the third millennium? asks the author. "The issues of addiction are at the same time physical, psychological and social. We approach addiction as a behavioral pattern, attraction to an object regardless of health. Health as an ecosystem to both individuals and planet". These questions regarding consciousness and care are the key points for the activity's author as a doctor since the 70's. Paradigm shifts are remarkable during this period. Here, from recent contributions, we develop thoughts on clinical care that could be called caring meditation.

In this article, the author discusses 3 new paradigms that bring shifts in the way of thought: this is about the arrival of meditation as a care component, the 2014 Nobel Prize for "Neural GPS" and EMDR (Eye Movement for Desensitization and Reprocessing). These elements lead to different level of understanding psychology and cognitive physiology. Other tools to care and treat.

LE CORPS PSYCHOSOMATIQUE

Quelle nouveauté pour soigner les addictions ? Nous partageons ici l'expérience de 40 années d'activité clinique en médecine libérale, dont une vingtaine en addictologie. La personne qui vient "trouver" le médecin vient "chercher" sa santé. Cela ne peut pas se résumer à la rencontre d'un "cas", encore moins d'un "malade". Les addictions ont des composantes physiques (un corps et des produits), psychologiques (l'épaisseur de la pensée) et sociales (pressions de l'environnement entre sollicitations et interdits).

* Médecin addictologue à Paris, le Dr B. Journe pratique le yoga depuis les années 1960, la médecine générale de 1980 à 1990, l'infectiologie de 1990 à 2000, et l'addictologie depuis les années 2000.

Dans les années 1970, les cardiologues prescriaient du diazépam pour traiter les précordiales. Que faisait alors la médecine, qui soignait un symptôme non physique par un médicament ? Rappelons au passage qu'on a omis, pendant 40 ans, de préciser que des benzodiazépines prescrites pour être "anxiolytiques" étaient avant tout amnésiantes.

Qu'a fait la médecine de la conscience, qu'a-t-elle compris de l'inconscient ? Ces questions conduisent à enquêter sur ce qui se passait avant Sigmund Freud, avant Henri Laborit, avant la Révolution et, aussi, avant l'Inquisition ! Les sociétés se penchent depuis toujours sur la place de la pensée et de ses liens avec les objets. Certaines ont intégré la conscience dans leurs principes fondateurs. Que faire de la conscience en 2016 pour soigner les addictions ? Nous développons ici 3 axes convergeant vers un même

Mots-clés : Addiction, GPS neuronal, désensibilisation et retraitement (de l'information) par les mouvements oculaires (EMDR), méditation, conscience, physiologie des perceptions, soigner, guérir
Keywords: Addiction, neural Global Positioning Systems (GPS), Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), meditation, consciousness, physiology of perceptions, treat, care

corps, fait de matière et de pensée : un corps psychosomatique :

> **La méditation** a pris une place en médecine. Cette idée, inconcevable il y a 20 ans, constitue une immense ouverture qui permet de "penser la pensée" dans une activité clinique. Elle peut prendre 1 000 formes.

> En 2014, le prix Nobel consacre la découverte d'un "GPS cérébral" : des neurones nous disent où ils sont, en lien avec toutes les mémoires. Cet événement remet en question les constructions de la psyché.

> L'EMDR (*Eye Movement for Desensitization and Reprocessing*) postule que le mouvement des yeux soigne les traumatismes psychiques. Cette approche frontale du traumatisme est une immense innovation. La possibilité de soigner (guérir) des traumatismes donne le droit d'aborder ce sujet, qu'ils soient récents ou anciens.

Évidemment, aborder la conscience ne protège ni de la douleur, ni de la détresse, ni de la faim ni de la soif. L'apport de "produits" reste nécessaire. La conscience commence par la terre, l'eau, l'air, l'espace et les énergies qui mettent en marche la vie. En y regardant d'encore plus près, cette conscience contient aussi la joie.

Spinoza parle à ce sujet de béatitude : "De la puissance de l'entendement ou de la liberté humaine. J'y traiterai donc de la puissance de la Raison, montrant ce que peut la Raison elle-même sur les sentiments, et ensuite ce qu'est la Liberté de l'Esprit, autrement dit la Béatitude" (1).

Dans les problématiques addictives et les symptômes psychosomatiques, **il y a toujours un passé traumatique**. La question de la réalité ou de la projection de cette histoire ne se pose pas : l'enfance est une construction où les schémas s'implantent, se superposent et s'entrecroisent. La problématique de l'Œdipe est un aspect, mais la réalité est infiniment plus complexe. Le traumatisme et la culpabilité se mélangent. C'est la punition, la faute – ou ce qui est perçu comme telle –, et l'autopunition dans ces énergies de l'enfant qui vont se prolonger au cours de la vie. Tous les schémas corporels et cognitifs sont affectés. Ce sont les nœuds entre psyché et corps que la thérapeutique des addictions doit aller "visiter", avec pour objectif d'offrir une réponse psychosomatique, à la fois confortable, rassurante et fiable.

Définition importante : le mot *guérir* signifiait *protéger*. Il a évolué dans le sens de *libérer*. Mais à quel titre et avec quel moyen le médecin ou le thérapeute serait-il "*libérateur*" ? Au titre de la chirurgie, sans doute... En s'attachant à l'acception de "*protéger*", la thérapeutique prend un sens. "*Comment et par quelle voie doit-on parfaire l'entendement ? Quel art prend soin du corps pour qu'il puisse convenablement s'acquitter de sa fonction ? Ce n'est pas l'affaire ici,*



la *second point* regarde la Médecine, le premier la Logique (1). Spinoza a ici sa place parce qu'il pense par lui-même. Il représente un modèle de la pensée à travers l'expérience, avant la référence.

CE QUE MÉDITER VEUT DIRE

La méditation renvoie à la conscience, la conscience à l'esprit, aux sentiments, aux impressions, aux idées, aux croyances et à d'autres concepts encore. Il était temps que ces notions viennent dans le champ de la médecine, puisque celle-ci se trouve dans cette interface entre le corps (les neurones) et l'espace (la connaissance). Les psychiatres nous parlent aujourd'hui de "méditation de pleine conscience". Pourquoi "de pleine conscience"? La version originale, anglo-saxonne, dit "mindfulness", qu'on devrait traduire, en fait, par "plénitude spirituelle". Le concept de "pleine conscience" s'est donc imposé en contradiction avec "l'inconscient", jusqu'ici dominant, voire hégémonique.

Alors méditer, c'est prendre du recul sur la pensée. Ce recul appartient à **toutes les cultures**. Les traditions, puis les religions, enfin les philosophies, construisent des théories pour attacher ou détacher des objets. La méditation peut s'apparenter aussi à la prière. Dans ce sens, elle est une demande, voire une supplique. Elle peut avoir un sujet (*méditer sur...*).

COMMENT LA PSYCHIATRIE A RENCONTRÉ LE BOUDDHISME TIBÉTAÏN

➤ C'est par le **bouddhisme tibétain** que les psychiatres ont rencontré la méditation. La diaspora tibétaine a ouvert des lieux de transmission d'une culture de la Conscience en Occident. Le rayonnement du dalaï-lama et de certains lamas, qui transmettent "une conscience joyeuse", est exemplaire.

➤ Le bouddhisme tibétain marie l'**hindouisme** et les **traditions chamaniques**. La méditation est une pratique rituelle où il est question de détachement mais aussi de pouvoirs. La méditation qui guérit met en action les énergies de la nature.

➤ Le bouddhisme est né d'un conflit avec le **shivisme** sur l'interprétation de la place de la conscience. Ce dernier, qui se fonde sur l'essentiel de l'instant, est un mouvement, et non une religion. Shiva est une entité qui a le pouvoir de construire autant que de détruire, accompagnée d'une divinité qui préserve la durée, **Vishnou**. Entre la construction et la destruction, il n'y a pas de vide : c'est la place de la conscience. Cet axe de la pensée (plus que philosophie) indienne est non duel (nommée *advaita*) : ce que nous sommes est conscience.

Elle est retour à l'expérience de l'instant. Dans ce sens, nous passons très souvent par cette expérience dans nos vies, au cours de nos journées. Donc "apprendre" à la vivre est un contresens, car elle n'est pas "faire autre chose", elle se trouve d'abord dans la perception et non dans l'action : perception du corps, du poids des interférences avec le monde, des désirs et des regrets. Elle amène à différencier les modalités de la pensée. Et, progressivement, la pensée apparaît comme une autre perception.

Ce que l'on va apprendre, c'est à connaître les formes de la conscience et les formes subtiles du corps : consciences relatives de l'éveil et du rêve (l'addiction est une forme d'autohypnose), conscience absolue du sommeil profond. On va apprendre à différencier un corps d'action, de perception, d'énergie et de matière.

La méditation "sans objet" se rattache à la non-dualité (cf. l'*advaita-védanta* popularisé par Shankara au XII^e siècle ou célébré par Abhinavagupta au Cachemire au X^e siècle, et l'enseignement de **Jean Klein** au X^e siècle). Purement non duel, l'instant est l'unique référence. La conscience n'est concernée ni par le plein, ni par le vide ! Nos vides, comme nos pleins, sont des formes fluctuantes de nos perceptions, la conscience est constante. Lâcher prise ne consiste pas à lâcher quoi que ce soit, au contraire : c'est en prenant conscience des tensions que ledit "lâcher prise" s'effectue.

La méditation apporte au médecin une plage d'écoute, une position qui amène disponibilité et attention, sans ajouter de tensions. Cette "écoute" est une fonction primordiale en action. Elle donne de la place au patient et rend possible la rencontre avec des solutions. Où se trouve la vraie cause de la perturbation génératrice d'inquiétude ? Quelle est la réalité physique ou mentale, intérieure ou extérieure, du symptôme du patient ?

Partager la méditation, c'est transmettre des méthodes pour favoriser le sommeil, pour ne pas alimenter de pensées destructrices. Où se trouve l'agresseur, la victime ? Le patient, qui nous confie sa souffrance, partage toujours ces 2 pôles. Où le médecin doit-il se positionner, où doit-il situer son intervention ? Voilà en quoi la méditation est source de créativité.

LES CARTES DU GPS CÉRÉBRAL

Le prix Nobel 2014 de médecine et physiologie a récompensé 50 années de travaux menés par 3 chercheurs en neuro-psychophysiologie, **May-Britt Moser, Edvard Moser** ainsi que **John O'Keefe**. Ils ont défini les centres neuronaux de la localisation, le "GPS cérébral", identifié des neurones de lieu, de frontières, de position de la tête et, surtout, les liens de cette région du rhinencéphale avec les mémoires de toute la vie. L'hypothèse d'une organisation de la psyché en

cartes géographiques date de 1950 (2, 3). Elle est maintenant confirmée par la physiologie et l'anatomie.

Nos constructions au sujet de la psyché en sont bouleversées. Des neurones, en lien avec toutes les mémoires, disent "Où est Moi" et "Où est Je". Ils situent "Moi" en tant que corps, fait de perceptions, de besoins, de compétences et de limites acquises, et "Je" en tant qu'être, libre. S'il existe des neurones de lieu, il n'existe pas de neurones de temps, pas davantage de "circuit de récompense", qui n'a plus de raison d'être !

Le premier lieu du développement neuronal et psychique se fait in utero. La croissance des neurones, du cerveau, des organes et des perceptions se fait dans un univers circulaire mouvant, où nourriture et boisson sont disponibles sans restriction. Le sevrage essentiel est la naissance, passage de l'univers circulaire à un univers plat, immobile, passage à l'absolue dépendance de l'autre. Les problématiques de relation aux autres et aux produits commencent dans le ventre maternel et se révèlent à la naissance. Le sommeil autant que l'ivresse sont des retours à la vie intra-utérine. La thérapie est une chance d'une nouvelle naissance, intrinsèquement joyeuse. Elle est permanente et indépendante de tout objet.

Les cartes de ce GPS sont **visuelles, tactiles, olfactives et auditives**. Elles sont propres à chaque personne, dans le sens de "persona", le masque, le "moi" fonctionnel. Ces schémas sont des identités : "mes parents", "ma maison", "mon pays", etc. La thérapie ne propose pas de s'en libérer : elle les revoit pour permettre de les habiter confortablement.

L'EMDR, POUR DÉSENSIBILISER ET REPROGRAMMER

F. Shapiro a constaté, en regardant voler des oiseaux dans un parc, qu'elle oubliait des pensées envahissantes. Elle a eu l'intuition, puis démontré que le mouvement des yeux agissait par lui-même, que cet exercice produisait le même effet : mettre à distance des souvenirs douloureux. Ainsi, est né l'EMDR (4), en Californie, dans les années 1980. Il est devenu un **traitement du syndrome post-traumatique**, pragmatique, à l'américaine, une technique en 8 étapes. Il a une cible diagnostique précise et des études ont mis en évidence sa haute efficacité. Cette démonstration d'efficacité est une première pour un traitement psychique (5, 6). *EMDR as an Integrative Approach* réunit, en 2002, les points de vue d'experts d'orientations différentes (7). Les expériences sont multiples, les approches possibles diverses. La bibliographie, en 2015, montre que l'intérêt pour l'EMDR est planétaire (8, 9).

Ce que nous appelons "mouvement des yeux" est une adaptation de l'EMDR aux besoins cliniques

en médecine générale ou en addictologie. Une adaptation au temps disponible, court et aux attentes du patient: "Soulagez-moi". Thérapeute et patient prennent la même position, d'abord attentifs aux symptômes, ensuite à l'histoire: les perceptions avant toute interprétation. De l'attention au symptôme, on revient au présent. C'est un exercice qui dissout les tensions.

Dans ce présent, le passé est aussi là, on le rencontre, on l'évoque, on l'appriivoise, il va se dissoudre. Il importe de ne surtout rien forcer, de toujours aborder, évoquer et proposer, de donner de la place au patient pour qu'il s'exprime, qu'il dise ce qu'il ressent: on "regarde avec lui". Sa réponse oriente pour aller plus loin, ou moins loin. Cette position permet d'envisager et d'éprouver un corps confortable. Elle éloigne ce corps traumatisé, elle atténue et efface un moment la douleur et les besoins sans fin. Du symptôme on peut passer aux causes et à la réparation.

Le point de départ est simple: il s'agit d'ajouter un mouvement des yeux à un exercice d'attention au corps. Cette "mise en condition" s'apparente à une "relaxation", mais elle n'en est surtout pas une: il s'agit d'une méditation dirigée, un exercice qui consiste à passer de l'action (*faire ou penser à faire*) aux perceptions (*l'intelligence du corps*). Ce "mouvement des yeux" se fait les yeux fermés. Il fait successivement appel aux perceptions et aux visualisations. Il fait émerger les schémas corporels et cognitifs. Le résultat est un décryptage des constructions psychiques, une aptitude à voir et modifier les schémas. Il faut évidemment poser les conditions de cette thérapie, la position attentive et bienveillante du thérapeute.

Le transfert devient ici projection. Le thérapeute est attentif au patient, à son histoire, sa respiration et son attitude. Le thérapeute est aussi sensible à ses propres projections, fantasmes et intuitions. Le patient est là pour regarder avec lui, approuver et désapprouver.

L'EMDR revient à bouger les yeux sans objet. Cela justifie une révision des processus physiologiques dans une perspective psychosomatique. La fabrication de l'image est un long et complexe processus chimique, neuronal et mémoriel. Quelques images par seconde donnent l'illusion d'un mouvement continu; ce qui est vu n'est pas la réalité. Dans ce temps, ce sont plusieurs fonctions neuropsychologiques qui entrent en scène en une succession rapide.

L'œil est d'abord un organe sensible tactilement, pour se protéger et protéger le corps. L'œil physiologique est fait de muscles, pour focaliser, accommoder et orienter. Il est autant récepteur qu'émetteur, éclairé et éclairant, défenseur que protecteur. Il agit en relation avec les organes de la perception et ceux de l'action.

Regarder et montrer

Regarder, c'est interpréter en fonction des codes appris des gestes et des signes. Ce sont les schémas cognitifs (ou cartes cognitives).

C'est aussi identifier et nommer, anticiper pour préparer les fonctions physiologiques à répondre aux exigences du lieu et du moment.

Le regard est central dans l'organisation des défenses du corps d'abord, des défenses psychiques ensuite ("moi"). Les schémas corporels et les schémas cognitifs se fabriquent et se vivent au prix d'énormes tensions.

Visualiser

Visualiser, c'est anticiper, acquérir des fonctions corporelles adaptées à l'action. La visualisation fait appel à toutes les fonctions sensorielles (pas uniquement la vue). Elle est une fonction d'apprentissage, la fabrication des liens entre les perceptions et l'action (fonctions sensorielles et motrices). La marche, l'alimentation et beaucoup d'autres fonctions fondamentales sont acquises par reproduction de schémas. L'enfant qui met en scène ses cubes, ses camions ou ses poupées associe ses mouvements et ses projets. Il fabrique un schéma cognitif et corporel à lui, il s'individualise. Les apprentissages sont une série de répétitions qui équilibrent anticipations et actions. Ainsi, la lecture, l'écriture, sont des processus de visualisation. Les apparents automatismes sont liés à l'installation de connexions neuronales plus rapides. Les gestes ne sont apparemment plus pensés.

Conscience et vigilance

EMDR et "mouvement des yeux" mobilisent l'attention. La discussion est ouverte sur ce qui peut apparenter ces exercices à de l'hypnose ou à la sophrologie. Les Anglo-Saxons parlent d'"états de conscience altérée", ce qui se traduit en français par "modification des états de conscience". Dans le contexte où nous nous inscrivons, la conscience est inaltérable. En fait, c'est la vigilance qui se modifie en passant par le rêve, le sommeil profond et l'état éveillé, lesquels dépendent des sens et des niveaux de vigilance. Le rêve est indépendant des sens. Il est une fenêtre plus ou moins ouverte et biaisée sur la conscience. La conscience est constante.

CONCLUSION

Dans les années 1970, Ronald Laing expliquait que la médecine était fondée sur l'étude du cadavre et que le médecin concevait le patient à travers ce schéma (10). Jean Klein recommandait au médecin d'être "connaisseur de la santé". Ces remarques nous ont poussés à fonder une clinique vivante. La façon dont sont envisagées, aujourd'hui, les angoisses et les dépressions nous fait dire que les réponses médicales aux manifestations de la vie psychique se fondent sur des expériences sur la vie des rats de laboratoire (a fortiori mises en forme par des agences de marketing). Les addictions sont des problématiques psychosociales qui requièrent de nouvelles

positions thérapeutiques. Les problématiques et les ressources psychiques sont infiniment plus vastes que les nomenclatures des DSM.

La méditation est une pratique ancestrale et fondamentale du développement humain. Il existe des interprétations très variées de cette position dans les civilisations, en particulier vers la prière (à la fois demande et attente) ou des formes de concentrations ("Je pense donc je suis"). Des formes de trances (soufis, chants ou chamans) modifient aussi la perception de la conscience. La méditation est une ouverture aux perceptions et à l'attention, fondamentalement sans objet, orientée vers la thérapeutique. Elle va prendre comme objet le soin et dessiner des objectifs. L'EMDR est une nouvelle donnée qui fait appel à des processus à la fois anatomiques, physiologiques et psychiques. C'est une thérapeutique qui démontre une efficacité majeure. Dans l'expérience que nous avons acquise, la notion de "GPS cérébral" apporte une explication tangible, à la fois aux problématiques des patients et aux chemins à proposer comme résolution.

Mis en perspective, la méditation et le mouvement des yeux (MMY) révèlent la place des schémas cognitifs et corporels. Ceux-ci sont des mémoires qui tiennent lieu de repères, de cadres et de frontières entre connu et inconnu (par l'individu). Les traumatismes se trouvent dans ce même espace psychologique. C'est un autre point de vue sur la psychologie qui apparaît, précis, accessible et modulable. La physiologie des yeux contient beaucoup de schémas associés à l'ensemble de la corporalité, pour regarder et pour montrer. La consultation devient un travail sur ce regard et la capacité à le projeter (visualiser) autrement.

B. Journe déclare ne pas avoir de liens d'intérêts en relation avec cet article.

Références bibliographiques

1. Spinoza B. L'Éthique, chapitre V, Paris: Folio essais.
2. Klein J. La joie sans objet. Paris: Mercure de France, 1977.
3. Klein J. L'ultime réalité. Paris: Le Courrier du livre, 1968.
4. Shapiro F. Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): basic principles, protocols and procedures (2^e édition). New York: The Guilford Press, 2001.
5. Shapiro F. The role of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy in medicine: addressing the psychological and physical symptoms stemming from adverse life experiences. Perm J 2014;18(1):71-7.
6. De Beaupaire C, Haour F. La thérapie EMDR dans la prise en charge des auteurs de violence sexuelle sur des enfants: intérêt et questions à propos d'un cas. La Lettre du Psychiatre 2011;VII:173-6.
7. Shapiro F, ed. EMDR as an integrative approach, Experts of diverse orientations explore the paradigm prism. Washington: American Psychological Association, 2002.
8. Zarghi A, Zali A, Tehranidost M. Methodological Aspects of Cognitive Rehabilitation with Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR). Basic Clin Neurosci 2013;4(1):97-103.
9. Kapoula Z, Yang Q, Bonnet A, Bourtoire P, Sandretto J. EMDR effects on pursuit eye movements. PLoS One 2010;5(5):e10762.
10. Laing RD. Les faits de la vie. 1970.