

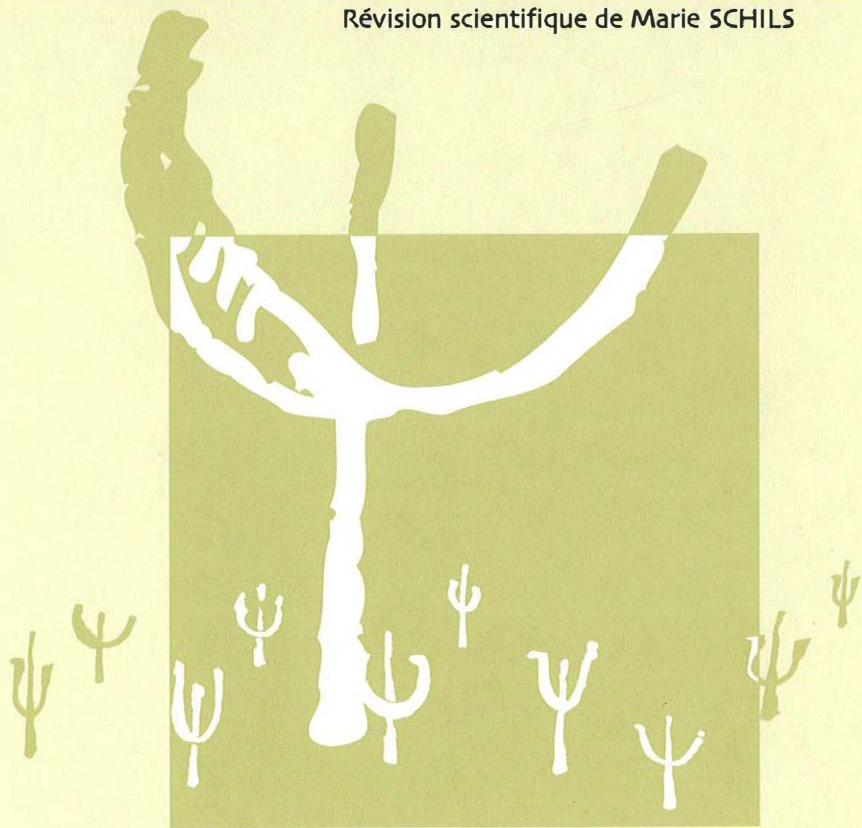
carrefour des psychothérapies

Le corps se souvient

Mémoire somatique et
traitement du trauma

Babette ROTHSCHILD

Traduction de Françoise DUCÈNE
Révision scientifique de Marie SCHILS



 de boeck

Le corps se souvient

carrefour  des psychothérapies

Collection dirigée par Edith GOLDBETER-MERINFELD

Le corps se souvient

Mémoire somatique et
traitement du trauma

Babette ROTHSCHILD

Traduction de Françoise DUCÈNE
Révision scientifique de Marie SCHILS



de boeck

Préface à l'édition française

C'est avec grand plaisir que j'écris cet avant-propos à l'édition française du livre « *The Body Remembers: The Psychophysiology of Trauma and Trauma Treatment* ». En premier lieu, j'aimerais profiter de l'occasion pour remercier la maison d'édition belge De Boeck d'avoir rendu mon tout premier livre accessible aux francophones de par le monde. J'aimerais aussi présenter mes remerciements à Françoise Ducène pour le souci de précision dont elle a fait preuve dans cette traduction et aussi à ma chère collègue et amie, Marie Schils, pour sa contribution en tant que réviseuse scientifique.

Lorsque j'ai soumis pour la première fois le projet *The Body Remembers* en 1998, j'espérais qu'il serait bien reçu. En fait, j'ai été bouleversée par l'accueil positif que j'ai obtenu. Depuis que l'édition anglaise est sortie chez WW Norton en octobre 2000, il y a eu plus d'une douzaine de réimpressions atteignant plus de 30.000 parutions dans le monde entier. C'est tout à fait exceptionnel pour un livre professionnel et j'en suis très heureuse. Les traductions allemande et danoise ont connu un succès semblable. C'est pourquoi l'avenir de cette édition française est plein de promesses. J'espère que ce livre s'ajoutera de façon utile à la collection des publications françaises sur le trauma et le syndrome de stress post-traumatique.

À l'époque de la première parution de *The Body Remembers*, il n'y avait que peu de livres professionnels sur le trauma et le syndrome de stress post-traumatique, et encore moins sur la thérapie psychocorporelle. *The Body Remembers* fut le premier livre professionnel à présenter des interventions psychocorporelles sans toucher thérapeutique contrairement à la tendance qui prédominait en psychothérapie et dans le domaine du stress traumatique en particulier.

Je reçois chaque semaine de nombreux courriels de lecteurs de *The Body Remembers*. Ils proviennent de professionnels de tous horizons : psychothérapeutes, psychiatres, psychologues, assistants sociaux, conseillers, thérapeutes psychocorporels, thérapeutes par la danse, chercheurs, ainsi que de praticiens d'autres disciplines. Je reçois également beaucoup de courriels émanant de profanes qui cherchent de l'aide pour eux-mêmes, leur famille ou leurs amis. Un des commentaires les plus flatteurs est que mon livre

est écrit dans un style à la portée de tous et facile à comprendre; c'est pourquoi il a pu être utile à bon nombre de non praticiens ou de non scientifiques.

Dans le domaine du trauma, je m'inquiète de ce que je considère comme une orientation erronée dans le choix de l'objectif à atteindre. J'ai toujours pensé que l'amélioration de la qualité de vie de nos patients était l'objectif primordial du traitement des traumatismes. Malheureusement, cet objectif est trop souvent éclipsé au profit du travail sur les souvenirs de traumas.

Beaucoup de thérapeutes des traumatismes n'ont pas les outils nécessaires pour aider leurs patients traumatisés tout en évitant d'entrer dans leurs souvenirs. J'espère que *The Body Remembers* a contribué et continuera de contribuer à combler cette lacune.

Même si j'aime écrire, faire des conférences et enseigner, je souhaite sincèrement qu'un jour ce livre et mes formations soient devenus obsolètes parce que cela signifiera que la violence et les traumas auront disparu de ce monde. En attendant, j'espère que les concepts et les interventions qui suivent seront utiles à tous ceux qui sont concernés par cette problématique.

Babette Rothschild, MSW, LCSW

PO Box 241783, Los Angeles

California 90024, USA

Tel: (+1) 310 281 9646

babette@trauma.cc (if that doesn't work, try: babette_rothschild@hotmail.com)

<http://www.trauma.cc>

Author:

The Body Remembers: The Psychophysiology of Trauma and Trauma Treatment (WW Norton, 2000)

http://www.amazon.com/exec/obidos/tg/detail/-/0393703274/ref=pd_sim_books_1/002-6621272-8291218?v=glance&s=books

The Body Remembers CASEBOOK: Unifying Methods and Models in the Treatment of Trauma and PTSD (WW Norton, 2003)

http://www.amazon.com/exec/obidos/tg/detail/-/0393704009/ref=pd_sim_books_3/002-6621272-8291218?v=glance&s=books

Help for the Helper:

The Psychophysiology of Compassion Fatigue and Vicarious Trauma (WW Norton, 2006)

http://www.amazon.com/exec/obidos/tg/detail/-/039370422X/qid=1119818662/sr=1-4/ref=sr_1_4/04-4546816-4287113?v=glance&s=books

Remerciements

Il n'est pas possible de s'attaquer au laborieux projet d'écrire un livre professionnel sans être enseignée, aidée, influencée, inspirée et conseillée par d'autres. Ceux qui ont croisé mon chemin depuis les 28 années que je suis dans le domaine psychothérapeutique¹ sont trop nombreux pour être mentionnés individuellement, bien que tous y aient participé, d'une manière ou d'une autre. Je voudrais remercier, de façon collective, chaque enseignant, thérapeute, superviseur et chercheur qui m'a aidée à donner à mes opinions une forme pratique. Ceux qui ont le plus influencé ma pensée par rapport à la théorie et au traitement des traumatismes verront ma reconnaissance à travers les références à leurs ouvrages qui émaillent ce texte. Néanmoins, j'aimerais reconnaître particulièrement les talents de Lisbeth Marcher et ses collègues à l'Institut Bodydynamic du Danemark, de Peter Levine et de Bessel van der Kolk. Ils ont eu une grande influence sur l'évolution des idées exprimées dans ces pages. J'aimerais aussi exprimer ma profonde reconnaissance aux nombreux stagiaires, thérapeutes que j'ai supervisés, étudiants et patients qui ont tous contribué, d'une façon ou d'une autre, au contenu de ce livre. Comme beaucoup, j'ai appris – et continue d'apprendre – le plus de ceux que j'ai eu le privilège de recevoir en thérapie et de ceux à qui j'ai eu la chance d'enseigner.

Je voudrais exprimer ma gratitude tout spécialement à Karen Berman, Danny Brom, Alison Freeman, Michael Gavin, David Grill, John May, Yvonne Parkins, Gina Ross et Sima Julian Stanley pour leurs commentaires francs et critiques du manuscrit. En outre, je veux remercier Karin Rhines, écrivaine des sciences de la vie d'avoir été pour moi ce «coach» exceptionnel qu'elle a été pendant toute la durée du projet. Sa compétence dans le domaine de l'écriture ainsi que son don étrange de savoir exactement quand encourager et quand remotiver a été infiniment précieux.

Je considère que j'ai beaucoup de chance, en tant qu'auteure, d'avoir la Norton Professional Books comme éditeur: j'avais déjà lu beaucoup de remerciements pleins de

1. L'édition originale est parue en 2000 (NDLT)

Le corps se souvient

gratitude, adressés à mon éditeur, Susan Munro, mais je sais véritablement maintenant de quoi ces gens parlaient. En plus d'être compétente, patiente et toujours de bonne humeur; elle possède une connaissance du sujet que j'ai développé, ainsi qu'une grande maîtrise de la littérature professionnelle; le tout me fut infiniment précieux. En réalité, je me suis sentie encouragée par chacun de mes contacts avec l'équipe rencontrée chez W.W. Norton et ce, des deux côtés de l'Atlantique. Ils ont tous contribué à rendre plaisante l'écriture de ce livre.

Introduction

Le corps se souvient vise à compléter la littérature existante à propos des théories et des traitements des traumatismes et du syndrome de stress post-traumatique (SSPT)¹.

Ce livre souhaite ajouter des éléments de compréhension et de traitement du *corps traumatisé* à la connaissance et au traitement déjà bien enracinés du *mental traumatisé*.

Selon toute vraisemblance, la théorie et les techniques présentées dans ces pages seront compatibles avec les modèles de thérapie des psychothérapeutes travaillant déjà avec des patients traumatisés et pourront être intégrées à leur pratique habituelle.

Établir des passerelles

Mon espoir est d'établir des passerelles pour supprimer des clivages existants dans le champ de la traumatologie. La première passerelle permettrait d'unir la théorie développée par les scientifiques, tout particulièrement en neurobiologie, à la pratique clinique des thérapeutes travaillant directement avec des personnes traumatisées, que ce soit individuellement, en groupes ou avec des collectivités. La seconde passerelle mettrait en communication les psychothérapies traditionnelles verbales et les thérapies psychocorporelles, davantage orientées vers le corps, comme leur nom l'indique.

Les clivages qui existent entre esprit et corps, psychothérapies traditionnelles et psychocorporelles, et également entre théorie et pratique me préoccupent depuis longtemps. Je découvre de plus en plus que le syndrome de stress post-traumatique (SSPT) nécessite de tisser des liens. Même les thérapeutes et les chercheurs les plus conservateurs reconnaissent que le SSPT n'est pas uniquement une affection psychologique, mais également un trouble incluant d'importantes composantes somatiques. De

I. Post Traumatic Stress Disorder (PTSD), traduit ici par syndrome de stress post-traumatique (SSPT), est parfois traduit dans certains livres par état de stress post-traumatique (ESPT) et/ou trouble de stress post-traumatique (TSPT). (Note de Marie Schils)

plus, tous les professionnels s'occupant de personnes atteintes de SSPT conviennent qu'ils ont à élargir leurs théories et leur pratique, certains en prenant davantage en compte la théorie neurobiologique, d'autres les symptômes somatiques.

Le thérapeute psychocorporel doit aussi trouver le moyen de soigner en intégrant cognitivement ce qui se passe au niveau corporel.

Quant au chercheur, il est mis au défi de trouver davantage de connexions entre théorie et pratique. Mon souhait est que *Le corps se souvient* apporte des éléments pour la construction de ces passerelles.

Théorie / pratique

«Un abîme grandissant entre laboratoire et divan» titrait le New York Times du 21 juin 1998 dans sa rubrique *La santé des femmes* (Tavris, 1998). La plupart des psychothérapeutes étaient conscients du problème mais certains ont été surpris de voir une telle critique publiée. Beaucoup en ont été choqués. L'auteure de cet article, Carol Tavris, affirmait que 'science psychologique' est un oxymoron. Elle accusait les praticiens d'accorder trop peu d'attention à la science, d'être plus axés sur la technique que sur la théorie. La plupart des professionnels avec qui j'ai pu échanger à ce sujet s'accordent à dire, à l'instar de Carol Tavris, que la théorie scientifique est habituellement trop éloignée de la pratique pour être aisément et pleinement utilisable face à un patient. Je soutiens, quant à moi, que ce fossé entre scientifique et praticien est plus d'ordre sémantique que fondamental. La littérature scientifique est souvent ardue à lire et à comprendre et, bien que beaucoup de ce qui y est présenté soit hautement pertinent, il est souvent difficile d'utiliser totalement ces apports dans la pratique.

Dans *Le corps se souvient*, je me suis efforcée de présenter la théorie sous une forme accessible, appropriée à la pratique directe. J'espère, ce faisant, jeter un pont entre neuroscientifiques et chercheurs comportementalistes étudiant le phénomène du traumatisme, d'une part, et psychothérapeutes travaillant sur le terrain avec des patients traumatisés, d'autre part.

La théorie est l'outil le plus précieux du thérapeute travaillant avec des personnes souffrant de traumatismes car comprendre les mécanismes qui sous-tendent les traumatismes, comme le proposent les théories psychologiques, neurobiologiques et psychobiologiques, aide énormément à la thérapie. Seule la parfaite compréhension des bases neurologiques et physiologiques de la réponse traumatique et du développement du SSPT rendra possible la création et/ou l'adaptation immédiate d'interventions appropriées et efficaces pour un patient particulier souffrant d'un traumatisme spécifique. Une base théorique aide également les thérapeutes à choisir parmi les techniques relevant de plusieurs disciplines, et à adapter celles qui auront les meilleures chances de réussite dans chaque cas particulier. Le thérapeute qui maîtrise la théorie est capable d'adapter sa thérapie au patient plutôt que d'espérer que son patient s'adapte à sa méthode.

Psychothérapie / Thérapie psychocorporelle

Mon second souhait, je l'ai dit, est que ce livre soit une passerelle entre les praticiens des thérapies verbales traditionnelles et les thérapeutes psychocorporels. Je crois profondément que ces deux groupes professionnels ont beaucoup à s'apporter dans le traitement des traumatismes et du SSPT.

Dans un article majeur de Bessel van der Kolk, «The Body Keeps the Score»² paru dans le Harvard Review of Psychiatry (van der Kolk, 1994), j'ai trouvé légitimée, pour la première fois dans le courant qui prédomine en psychiatrie, la connexion entre le corps et l'esprit.

L'erreur de Descartes d'Antonio Damasio (1994) m'a beaucoup inspirée aussi. Ce livre révolutionnaire propose une base neurobiologique théorique pour cette connexion corps-esprit. Ces deux ouvrages ont posé les bases de ma compréhension du rapport psychophysique, neurobiologique entre l'esprit et le corps.

De plus, les travaux de Perry, Pollard, Blakley, Baker et Vigilante (1995), Schore (1994, 1996), Siegel (1996, 1999), van der Kolk (1998) et d'autres, au sujet du lien affectif de l'enfant, du développement du cerveau et des systèmes de mémoire, ont d'énormes implications dans notre compréhension de la manière dont un événement traumatisant peut perturber le système nerveux au point de déclencher un SSPT chez une personne.

Réaliser ce pont entre les psychothérapies verbales et les thérapies psychocorporelles implique davantage d'utiliser les meilleures ressources de chacune plutôt que de privilégier l'une d'entre elles. Une thérapie des traumatismes intégrée doit prendre en compte, comprendre et traiter les effets des événements traumatiques à la fois sur le corps et sur l'esprit. Dans les deux types de thérapie la verbalisation est nécessaire. Les perturbations somatiques engendrées par le traumatisme nécessitent la verbalisation pour leur donner un sens, comprendre leur signification, extraire leur message et faire disparaître leur impact. Pour que la guérison du traumatisme s'opère, il faut impérativement s'occuper du corps et de l'esprit. Ils ne peuvent être dissociés.

Travailler avec le corps ne nécessite pas le toucher

Toucher le corps et travailler avec le corps ne sont pas synonymes et ne nécessitent pas de l'être dans une psychothérapie, même s'il est question de thérapie psychocorporelle. Il existe beaucoup de manières de travailler avec le corps, qui incluent des données musculaires, posturales, comportementales, gestuelles et sensorielles en respectant la distance corporelle propre à chaque patient, et en évitant ce qui pourrait être vécu comme une intrusion dans son champ corporel.

2. Que l'on pourrait traduire par « Le corps garde l'empreinte » (NDLT)

Il y a beaucoup de raisons de ne pas utiliser le toucher dans un traitement psychothérapeutique ou psychocorporel. En plus des considérations évidentes au sujet d'un possible transfert, il y a toute la question du respect des frontières du patient, tout particulièrement de celui qui a subi des abus physiques ou sexuels. La préférence personnelle du patient et celle du thérapeute sont aussi à prendre en considération. De plus, la législation en matière de psychothérapie de certains pays et de certains états des États-Unis interdit le toucher; même si dans certains cas, j'estime qu'un toucher judicieux peut être utile, quand patient et thérapeute sont d'accord. Dans ce livre, je mets l'accent sur les techniques corporelles qui ne nécessitent pas le toucher car elles sont, selon moi, les plus appropriées à utiliser avec les patients traumatisés.

La controverse des faux souvenirs

Les faux souvenirs ne sont pas l'objet de ce livre et je ne prétends pas résoudre la controverse actuelle à leur sujet. Cependant, comme cet ouvrage traite aussi de la mémoire face aux événements traumatiques, il m'est difficile de ne pas donner mon avis sur cette question explosive et épineuse.

Mon opinion est claire: je crois que des souvenirs précoces de traumas peuvent parfois ressurgir avec une assez grande précision, et je suis également convaincue que, parfois, de faux souvenirs peuvent émerger ou être suscités par mégarde par le thérapeute. J'ai souvent été témoin de ces phénomènes et je les ai moi-même vécus.

Selon moi, la mémoire somatique, sujet essentiel de ce livre, n'est ni plus ni moins fiable que n'importe quelle autre forme de mémoire, comme il en sera question dans les chapitres 2 et 3. La mémoire somatique peut être permanente et peut aussi être «oubliée», exactement comme la mémoire cognitive. Elle peut aussi être déformée puisqu'elle est tributaire du mental qui interprète les messages du corps, et qu'il peut se tromper. En outre, le mental est sujet à quantité d'influences qui peuvent altérer la précision d'un souvenir dans le temps.

Bien que je n'offre aucune solution à cette controverse, j'espère que *Le corps se souvient* sera utile à deux titres: en aidant le thérapeute à être plus attentif et plus prudent quant au risque des souvenirs faussés et en offrant des outils pour identifier, comprendre et intégrer ce dont le corps se souvient effectivement.

L'International Society for Traumatic Stress Studies³ a débattu de ce sujet pendant des années. En 1998, elle a publié une monographie sur le sujet: *Childhood Trauma Remembered*⁴ (ISTSS, 1998). Cette publication concise présente une vision équilibrée de cette controverse et j'en recommande vivement la lecture.

3. La société internationale des études sur le stress traumatique (NDLT)

4. Les souvenirs des traumatismes de l'enfance (NDLT)

Organisation du livre

Ce livre se divise en deux parties majeures.

La première partie explique de façon théorique comment le mental et le corps traitent les événements traumatiques, les enregistrent et s'en souviennent, et ce qui peut faciliter ou entraver ce processus. Y sont incluses les preuves les plus actuelles et les plus convaincantes issues de la neuroscience et de la psychobiologie, de même que les théories qui ont survécu à l'épreuve du temps.

Dans la deuxième partie, consacrée à la pratique, le lecteur trouvera des stratégies afin d'aider aussi bien le corps que le mental traumatisés. Des outils n'utilisant pas le toucher seront présentés pour aider les rescapés d'événements traumatiques à donner un sens à ceux-ci, et aussi à apaiser leurs symptômes somatiques. Les outils proposés sont compatibles avec n'importe quel modèle de thérapie prévu pour le travail avec les personnes traumatisées.

Avertissement

L'étude scientifique des mécanismes du traumatisme, du SSPT et de la mémoire étant en perpétuelle évolution, de nouvelles découvertes viendront encore compléter cet ouvrage. Ce qui cause et ce qui guérit le syndrome de stress post-traumatique et la façon dont fonctionnent les systèmes de mémoire font l'objet de vastes débats. De profonds désaccords séparent parfois des groupes scientifiques. Les théories confirmées par la recherche d'un groupe sont parfois contestées par un autre. Pour le meilleur ou pour le pire, du moins en ce qui concerne les thèmes du traumatisme et de la mémoire, la science semble être une question d'opinion.

Par conséquent, ce livre présente mes idées personnelles, forgées à partir de mes expériences et des diverses théories sur le sujet. Le lecteur n'y trouvera pas de thèses irréfutables, tout simplement parce qu'elles n'existent pas encore. J'espère néanmoins qu'il lui sera utile et le poussera à la réflexion. Je lui fais confiance pour se forger lui-même ses propres opinions.

Le neurologue Antonio Damasio a formulé avec éloquence des sentiments similaires dans son introduction à *L'erreur de Descartes*. Je crois que ses mots valent la peine d'être cités: «Je suis sceptique quant à la prétention d'objectivité et de certitude de la science. J'éprouve de la difficulté à considérer les résultats scientifiques, tout spécialement en neurobiologie, autrement que comme des approximations provisoires, dont on se réjouit un moment pour les écarter dès que d'autres explications voient le jour» (1994, p. xviii).

Le corps se souvient est composé de sections brèves car je souhaite que quiconque, intéressé par le sujet, ait la possibilité de l'utiliser facilement.

Le corps se souvient

Tout au long de ces pages, vous trouverez des théories facilement compréhensibles et des techniques thérapeutiques utiles dans beaucoup de cas, et je crois qu'elles constituent les meilleures des «approximations provisoires» selon les termes de Damasio.

Première partie

THÉORIE

Chapitre I

Vue d'ensemble du syndrome de stress post-traumatique (SSPT)¹. L'impact du trauma sur le corps et l'esprit

Au cœur de la difficulté à vivre de nos patients traumatisés se situe le problème suivant: ils ne peuvent comprendre ce qui se passe quand ils ressentent à nouveau les sensations physiques liées à d'anciens traumas et sont perturbés quand ces sensations provoquent d'intenses émotions qu'ils ne sont pas en mesure de moduler. Notre thérapie doit impérativement aider ces personnes à rester dans leur corps et à comprendre ces sensations corporelles. Et ce n'est certainement pas cela que les psychothérapies traditionnelles, qui nous ont été enseignées, aident ces personnes à faire.

Bessel van der Kolk (1998)

Le fait que le corps se souvient des expériences traumatisantes est illustré avec pertinence dans l'exemple suivant de « Charlie et le chien »². Ce cas est décrit en plusieurs parties. La première présente l'événement traumatisant de Charlie et les symptômes somatiques et psychologiques qui en ont résulté. Les interventions qui ont aidé Charlie à résoudre les répercussions de cet incident traumatisant seront détaillées dans des chapitres ultérieurs.

En outre, des références au cas de Charlie émailleront tout le texte, fournissant le fil conducteur entre la théorie et les éléments de pratique proposés dans ce livre.

1. Voir note 1 dans l'Introduction, page 1. (NDLT)

2. Par souci de protection de l'intimité et de confidentialité, toutes les informations concernant l'identité des personnes ont été modifiées pour chaque cas cité et chaque extrait de séance de ce livre. Certains exemples présentés rassemblent des éléments de plusieurs cas pour mettre en lumière les principes de base et la ligne directrice de la thérapie appliquée.

I Charlie et le chien: première partie

L'histoire de Charlie se passe il y a quelques années, par un dimanche après-midi tranquille, dans un petit chemin de campagne. Alors qu'il faisait une randonnée à bicyclette, Charlie fut subitement interrompu dans sa rêverie par un grand chien qui se mit à le poursuivre en aboyant furieusement. Le rythme cardiaque de Charlie s'accéléra, sa bouche se dessécha et ses jambes déployèrent soudainement une puissance et une force qu'il n'avait jamais connues. Il péda de plus en plus vite, mais le chien accéléra, rattrapa Charlie et le mordit à la cuisse droite. Tandis que Charlie dégringolait de son vélo, le chien continua ses aboiements furieux.

Charlie s'évanouit. Par chance, il avait atterri au beau milieu d'un endroit public où plusieurs personnes se précipitèrent à son secours; elles chassèrent le chien et appelèrent une ambulance. La guérison de la jambe de Charlie fut rapide, mais pas celle de son mental ni de son système nerveux. Il continua d'être tourmenté chaque fois qu'il apercevait un chien. La seule vue de cet animal, même enfermé dans une maison, derrière une porte, une fenêtre ou une clôture plongeait Charlie dans des sueurs froides, desséchait sa bouche et le plaçait au bord du malaise.

Depuis cet incident, il tenait ses distances vis-à-vis de tous les chiens, même des animaux de compagnie appartenant à ses amis, évitant tout contact lorsque c'était possible. Il traversait la rue pour éviter un chien se situant du même côté que lui, même s'il se trouvait sur le bas-côté ou derrière une clôture. Jamais il ne recherchait le moindre contact avec un chien ni n'en caressait ou ne parlait à l'un d'eux.

Au fil du temps, la vie de Charlie devint de plus en plus limitée par ses efforts pour éviter tout contact avec les chiens.

Puis, durant une session de formation dans un centre de retraite, Charlie fut confronté de façon inattendue avec sa pire peur. Il était assis confortablement sur un coussin, écoutant un cours donné par une conférencière (qui se tenait à sa gauche), les yeux fixés sur elle, sans rien voir des alentours. À l'insu de Charlie, Ruff, la mascotte canine du centre, avait rejoint le groupe. Ruff s'approcha, sans y avoir été invité, du côté droit de Charlie (hors de son champ de vision), se coucha et, gentiment, plaça sa tête sur la jambe droite de Charlie, en quête d'une caresse.

Charlie, sentant un poids sur sa jambe droite, baissa les yeux et entrevit Ruff. À l'instant même, il se figea littéralement de terreur. Sa bouche se dessécha, son rythme cardiaque s'accéléra et ses membres se raidirent au point qu'il était totalement incapable de bouger. C'est à peine s'il était capable de parler.

La réaction de Charlie à Ruff n'était pas seulement dans sa tête. Rationnellement, Charlie se souvenait de l'attaque du chien et savait qu'il avait peur des chiens. Il savait aussi que Ruff ne l'attaquait pas, mais il semble bien que toutes ces pensées rationnelles n'eurent aucun effet sur son système nerveux. Le corps de Charlie a réagi comme s'il était attaqué à nouveau ou sur le point de l'être. Il s'est figé. Qu'a-t-il bien pu se passer dans le corps et le cerveau de Charlie qui a provoqué une réaction

aussi intense en l'absence de toute menace réelle? Pourquoi Charlie fut-il incapable de bouger ou de repousser le chien? Pourquoi la gorge sèche et les sueurs froides à la simple vue d'un chien, même à distance? Que pouvait-on faire pour aider Charlie à stopper ces réactions extrêmes en présence de chiens? C'est la réponse à ces questions qui a constitué la base du livre *Le corps se souvient*.

Une prémissse fondamentale

Le trauma est une expérience physico-psychologique, même quand l'événement traumatisant ne cause pas de dommages corporels directs. Il est maintenant avéré que les événements traumatisants ont un impact aussi bien sur le corps que sur le mental. C'est la conclusion bien étayée et unanime de la communauté psychiatrique, comme l'indique le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)* (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4^e édition)³. Une catégorie majeure de la liste des symptômes de stress post-traumatique (SPT) décrit des «symptômes persistants de stimulation accrue» dans le système nerveux végétatif (SNV) (aussi appelé autonome) (APA, 1994). Jusqu'à présent, malgré une multitude d'études et d'écrits traitant de la neurobiologie et de la psychobiologie du stress, du traumatisme et du syndrome de stress post-traumatique (SSPT), le psychothérapeute n'avait que peu de moyens pour guérir à la fois le corps et l'esprit traumatisés. L'attention dirigée sur le corps tendait à se focaliser sur les symptômes pénibles du SSPT; les problèmes d'adaptation en résultant et l'éventuelle intervention pharmacologique. Utiliser le corps lui-même comme possible ressource dans le traitement des traumatismes n'avait été que rarement exploré. La mémoire somatique a été désignée comme étant un phénomène (van der Kolk, 1994), mais peu de théories scientifiquement étayées et de stratégies d'identification de ce phénomène, le canalisant et l'utilisant dans le processus thérapeutique ont vu le jour.

Comprendre comment le cerveau et le corps traitent, mémorisent et perpétuent les événements traumatisants, permet de détenir plusieurs clés du traitement des corps et des esprits traumatisés. Dans certains cas, des interventions somatiques directes, quand elles sont combinées à des thérapies existantes du traumatisme, peuvent être puissantes pour en combattre les effets. En outre, différentes techniques somatiques peuvent être utilisées dans le but de rendre n'importe quelle méthode thérapeutique plus facile à intégrer et moins éphémère. Le fait de diriger son attention sur l'aspect somatique du traumatisme ne nécessite pas forcément du thérapeute qu'il change radicalement sa façon d'intervenir. Les moyens offerts ici peuvent être utilisés ou adaptés aux modèles existants de traitement du traumatisme, accroissant et mettant en valeur ce qui se fait déjà en la matière.

3. Publié par l'Association américaine de psychiatrie (American Psychiatric Association, APA), le DSM-IV est le manuel de référence le plus utilisé internationalement pour diagnostiquer les troubles psychiatriques. La CIM-10 (Classification internationale des maladies) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en est l'alternative la plus connue. (Note de Marie Schils)

2 La symptomatologie du SSPT

Le syndrome de stress post-traumatique perturbe le fonctionnement de ceux qui en sont affligés, les entravant dans leur capacité à satisfaire leurs besoins quotidiens et à accomplir les tâches les plus élémentaires. En cas de SSPT, l'événement traumatisant n'est pas mémorisé ni relégué dans le passé de la même manière qu'on le fait pour d'autres événements de la vie. Le traumatisme continue à s'immiscer dans la vie de ceux qui en sont les victimes par le biais d'une réalité somatique visuelle, auditive et/ou autre. Sans cesse, ces personnes revivent les expériences subies, qui ont mis leur vie en danger, réagissant dans leur corps et dans leur tête comme si de tels événements étaient encore en train de se produire. Le SSPT constitue un état psychobiologique complexe. On parle de SSPT quand, à la suite d'expériences où la vie a été menacée, les réactions psychobiologiques et somatiques de stress persistent longtemps après que l'événement traumatisant ait eu lieu.

Il est erroné de présupposer que quiconque a vécu un événement traumatisant développera un SSPT. C'est loin d'être le cas. Les résultats d'études sur le sujet varient mais, en général, confirment que seule une partie des personnes confrontées à de tels événements (environ 20%) vont présenter un SSPT (Breslau, Davis, Andreski & Peterson, 1991 ; Elliott, 1997; Kukla et al.; 1990). Ce qui distingue les personnes qui ne présentent pas ce syndrome fait encore l'objet d'une controverse, mais beaucoup de pistes s'offrent à nous. Les facteurs non cliniques qui influencent l'évolution du stress traumatisant semblent inclure: la préparation à un stress prévu (quand c'est possible), la lutte victorieuse ou la fuite réussie, les acquis lors du développement de la personne, le système de croyances, l'expérience antérieure, les ressources internes et le soutien reçu de la part de la famille, de la communauté et des réseaux sociaux immédiatement après l'événement traumatisant.

Dans l'histoire de la psychologie, la théorie du SSPT entre dans une catégorie relativement récente de diagnostic. Elle fit sa première apparition dans la 3^e édition du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (*DSM-III*, APA, 1980). La définition y proposée de ce qui pouvait engendrer un SSPT était limitée. Le syndrome était décrit comme se manifestant au départ d'une expérience que tout le monde trouverait traumatisante. Cette définition posait au moins deux problèmes: elle ne laissait aucune place à la perception ou à l'expérience individuelle d'un événement et présumait erronément que chaque personne présenterait d'office un SSPT après un tel événement. La définition admise actuellement dans la 4^e édition du *DSM* (*DSM-IV*, APA, 1994) est beaucoup plus large. Cette définition tient compte du fait que le SSPT peut se développer chez une personne en réponse à trois types d'événements:

1. des incidents qui menacent la vie ou l'intégrité corporelle de quelqu'un, ou qui sont perçus comme tels;
2. le fait d'être témoin d'actes de violence commis sur autrui;
3. le fait d'entendre parler de la violence faite à des proches ou de leur mort inopinée ou violente.

Selon le *DSM-IV*, les événements qui pourraient être qualifiés de traumatisants, tant pour des adultes que pour des enfants, comprennent la guerre, les agressions physiques et sexuelles, le fait d'être pris en otage ou emprisonné, le terrorisme, la torture, les catastrophes naturelles ou celles provoquées par l'homme, les accidents et l'annonce d'un diagnostic de maladie mortelle. En outre, le *DSM-IV* signale que le syndrome de stress post-traumatique peut survenir chez des enfants qui ont subi des maltraitances sexuelles, même si celles-ci n'ont pas mis leur vie en danger: Le manuel ajoute: «Le trouble peut être particulièrement sévère ou de longue durée quand le facteur de stress est dû à la volonté et aux actes d'humain(s) (par exemple, dans la torture, le viol)» (APA, 1994, p. 424).

Les symptômes associés au SSPT comprennent:

1. le fait de revivre l'événement sous différentes formes sensorielles (réminiscences/flash-back);
2. l'évitement des facteurs pouvant rappeler le trauma⁴;
3. l'hyperstimulation chronique du système nerveux végétatif (SNV).

Le *DSM-IV* reconnaît que de tels symptômes sont normaux immédiatement après un événement traumatisant. Le SSPT est diagnostiqué pour la première fois quand ces symptômes persistent plus d'un mois et sont combinés avec une perte de fonctionnement dans des domaines comme le travail ou les relations sociales.

La perturbation somatique est au cœur du SSPT. Les personnes qui en sont affectées souffrent de beaucoup de symptômes physiques qui les effraient, semblables à ceux, caractéristiques, de l'hyperstimulation du SNV, vécus lors d'un incident traumatisant (comme avec le chien de Charlie): accélération du rythme cardiaque, sueurs froides, respiration rapide, palpitations, hypervigilance et réactions de nervosité exacerbée (tressaillements). Quand ils passent à l'état chronique, ces symptômes peuvent amener des troubles du sommeil, une perte d'appétit, des dysfonctionnements sexuels et des difficultés de concentration, qui sont des caractéristiques supplémentaires du SSPT. La 4^e édition du manuel (*DSM-IV*) reconnaît que les symptômes du SSPT peuvent être induits par des réminiscences tant externes qu'internes de l'événement traumatisant, nous avertissant que les symptômes somatiques peuvent déclencher, à eux seuls, une réaction de SSPT. Le SSPT peut ainsi former un cercle très vicieux.

4. Nous parlerons de *trauma* pour faire référence à l'événement ou incident traumatisant (ou traumatisant) et de *traumatisme* pour désigner les séquelles laissées par le trauma. (NDLT)

3 Distinction entre stress, stress traumatique, stress post-traumatique (SPT) et syndrome de stress post-traumatique (SSPT)

Selon la définition de Hans Selye, le stress est «la réaction non spécifique du corps à une quelconque demande». Généralement considéré comme une réponse à des expériences négatives, le stress peut aussi découler d'expériences positives, désirées, comme un mariage, un déménagement, un changement de travail et le fait de quitter la maison afin de poursuivre des études supérieures.

La forme la plus extrême de stress est, bien entendu, le stress qui survient lors d'un événement traumatisant: c'est le stress *traumatique (ST)*. Le stress *post-traumatique (SPT)* est le stress traumatique qui persiste après l'incident traumatisant (Rothschild, 1995 a). Ce n'est que lorsque le stress post-traumatique s'accumule au point qu'il produit les symptômes décrits dans le *DSM-IV* que le terme de *syndrome de stress post-traumatique (SSPT)* peut être appliqué. Le SSPT implique un haut degré de dysfonctionnements quotidiens. Bien qu'il n'y ait pas de statistiques, on peut supposer qu'il existe un nombre significatif de personnes ayant survécu à des traumas qui souffrent de stress post-traumatique. Ce sont des personnes qui se situent entre les deux catégories: elles ne sont pas guéries de leurs traumatismes mais ne souffrent pas de la débilitation décrite dans le SSPT. Ces personnes peuvent aussi tirer profit de la thérapie des traumatismes. (*Le niveau de perturbation atteint par Charlie est typique du stress post-traumatique (SPT). Il souffrait d'une seule restriction dans un domaine de sa vie – l'évitement des chiens – mais, par ailleurs, il fonctionnait normalement.*)

4 La survie et le système nerveux

La stimulation – et à plus forte raison l'hyperstimulation traumatique – est induite par le système limbique localisé au centre du cerveau, bordant la région la plus interne des hémisphères cérébraux. Cette partie du cerveau règle les comportements de survie et l'expression émotionnelle. Elle s'occupe principalement des tâches de survie, comme manger, se reproduire et se défendre instinctivement par la fuite ou la lutte. Elle influence également le processus de mémorisation.

Le système limbique entretient une relation étroite avec le système nerveux végétatif (SNV). Il évalue une situation donnée et donne le signal au SNV soit de mettre le corps au repos soit de le préparer à l'effort. Le SNV joue un rôle dans la régulation des muscles lisses et autres viscères: le cœur^s et le système circulatoire, les reins, les poumons, le gros intestin et l'intestin grêle, la vessie, les pupilles. Ses deux branches, le sympathique (SNS) et le parasympathique (SNP), s'équilibrivent habituellement l'une

5. Rappel: le cœur; bien qu'il soit un muscle strié, obéit aux stimuli comme s'il était un muscle lisse. (NDLT)

l'autre: quand l'une est activée, l'autre est inhibée. Le sympathique est essentiellement activé en cas d'effort et de stress, tant positifs que négatifs. Le parasympathique est principalement activé en période de repos et de relâchement.

Le système limbique réagit en intensité maximum à la menace traumatique en libérant des hormones qui préviennent le corps de se préparer à l'action défensive (voir figure 1, p. 17). Suite à la perception de la menace, l'amygdale envoie un signal d'alarme à l'hypothalamus (ce sont deux des structures du système limbique), ce qui déclenche deux choses:

1. l'activation du système nerveux sympathique (SNS) et
2. la libération de CRH (Corticotropin-Releasing Hormone).

Ces actions se poursuivent indépendamment l'une de l'autre, mais dans un but conjoint. Premièrement, l'activation du sympathique va successivement stimuler les glandes surrénales pour qu'elles libèrent de l'adrénaline et de la noradrénaline afin de mobiliser le corps pour le combat ou la fuite. Ceci se traduit par l'accélération de la respiration et du rythme cardiaque afin de fournir plus d'oxygène au corps, et par le retrait du sang de la périphérie pour l'envoyer dans les muscles afin d'obtenir une plus grande rapidité de mouvement. (*Dans le cas de Charlie, la respiration accélérée et l'afflux sanguin dans les jambes lui ont permis de pédailler plus vite et plus longtemps que d'habitude*). Au même moment, dans l'autre système, la CRH (Corticotropin-Releasing Hormone) stimule la glande pituitaire (ou hypophyse) pour qu'elle libère de l'ACTH (hormone adrénocortico-tropique) qui va, à son tour, stimuler les glandes surrénales, cette fois pour libérer une hydrocortisone, le cortisol.

Dès que l'incident traumatique est passé et/ou que la réaction de combat ou de fuite a été couronnée de succès, le cortisol va stopper la réaction d'alarme et la production d'adrénaline/noradrénaline, aidant le corps à recouvrer l'homéostasie (l'équilibre).

Ce système est appelé l'axe HHS (hypothalamo-hypophysaire-surrénalien). La raison pour laquelle il est important de connaître le fonctionnement de ce système dans le travail sur les traumas réside dans le fait que, dans le cas du SSPT, quelque chose se dérègle dans ce système. Rachel Yehuda (Yehuda et al., 1990) fut une des premières à découvrir que, dans les cas de SSPT, les glandes surrénales ne libèrent pas assez de cortisol pour stopper la réaction d'alarme (voir figure 2, p. 18). Plusieurs études ont démontré que des personnes souffrant du SSPT avaient des niveaux de cortisol plus bas que les cas témoins, même ceux présentant d'autres problèmes psychologiques comme la dépression (Bauer; Priebe & Graf, 1994; Yehuda et al., 1990, 1995; Yehuda, Teicher, Levengood, Trestman & Siever, 1996). Une conclusion que l'on peut tirer de cette étude est que, sur le plan chimique, la prolongation de la réaction d'alarme, typique dans les cas de SSPT, est due à une insuffisance de production de cortisol. Cependant, on ne sait pas si cette carence provient d'un processus purement biologique ou si elle est influencée par une perception quelconque du système limbique;

la question reste ouverte. La réaction de figement⁶ lors de la menace traumatique est, dans l'axe HHS et le cortisol, un champ d'exploration intéressant. Quand la mort paraît imminente, la fuite impossible, ou quand la menace traumatique est prolongée, le système limbique peut, simultanément au sympathique, activer le parasympathique, provoquant un état de figement appelé *immobilité tonique* – comme dans le cas d'une souris «faisant la morte»⁷ quand elle est attrapée par un chat, ou celui d'un cerf, figé, captif des phares d'une voiture⁸ (Gallup & Maser, 1977). Le tableau chimique qui provoque le figement doit être lié à l'axe HHS, mais ce phénomène n'a pas encore été étudié jusqu'à présent.

Ces réactions du système nerveux – combat, fuite ou figement (ou immobilité tonique) – sont des réactions de survie automatiques. Elles sont semblables à des réflexes en ce qu'elles sont instantanées, mais les mécanismes sous-jacents à ces réactions sont bien plus complexes que ceux régissant de simples réflexes. Si le système limbique perçoit qu'il y a la force suffisante, le temps et l'espace disponibles pour la fuite, alors le corps va se mettre à courir. Si la perception limbique évalue qu'il n'y a pas le temps nécessaire pour fuir, mais une force suffisante pour se défendre, alors le corps combattra. Si le système limbique perçoit que le corps n'a ni le temps ni la force de lutter ou de fuir et qu'il y a danger de mort, alors le corps se figera. À ce stade, la victime du trauma entre dans un état de réalité modifiée. Le temps se ralentit et il n'y a plus ni peur ni douleur. Dans cet état, s'il y a blessure ou mort, la douleur n'est pas ressentie avec autant d'intensité. Les personnes qui ont survécu à de très grandes chutes ou qui ont été lacérées par des animaux et sont encore en vie décrivent exactement cette réaction. Cette réponse de figement peut aussi accroître les chances de survie. En cas d'attaque par un humain ou un animal, l'agresseur peut perdre tout intérêt lorsque la proie paraît morte, tel un chat qui se désintéresse totalement d'une souris inerte. (*Charlie a perdu conscience pendant l'attaque du chien et, lorsqu'il fut par la suite confronté au contact avec un chien, il devint comme paralysé. Ces deux réactions sont des réponses de figement.*)

Il est important de comprendre que ces réponses du système limbique et du SNV sont des réponses instantanées, instinctives, sitôt la menace perçue. Elles ne sont pas choisies suite à une considération réfléchie. Beaucoup de personnes ayant souffert de traumas ressentent une forte culpabilité et une grande honte pour s'être figées ou avoir «fait le mort» et n'avoir pas fait plus pour se protéger elles-mêmes ou pour protéger d'autres personnes, en se battant ou en fuyant à toutes jambes. Dans ces circonstances, comprendre que se figer est automatique facilite souvent la difficile étape de se pardonner.

-
6. L'expression «freeze reflex» n'a pas son pendant en français. Si les verbes tels que se pétrifier, se figer, geler, se paralyser, s'immobiliser conviennent, l'emploi de leurs substantifs apparaît plus bizarre. Les plus usités actuellement semblent être *figement* et *immobilité tonique* (*hypo ou hyper*) selon les cas. On rencontre aussi l'expression «gel des sensations». Ce terme correspond aussi à l'*«inhibition de l'action»* du Professeur Laborit. (NDLT et de Marie Schils)
 7. Dans ce cas, il s'agit d'immobilité hypotonique (Note de Marie Schils)
 8. Dans ce cas, il s'agit d'immobilité hypertonique (Note de Marie Schils)

Figure 1. Axe hypothalamo-hypophysaire-surrénalien

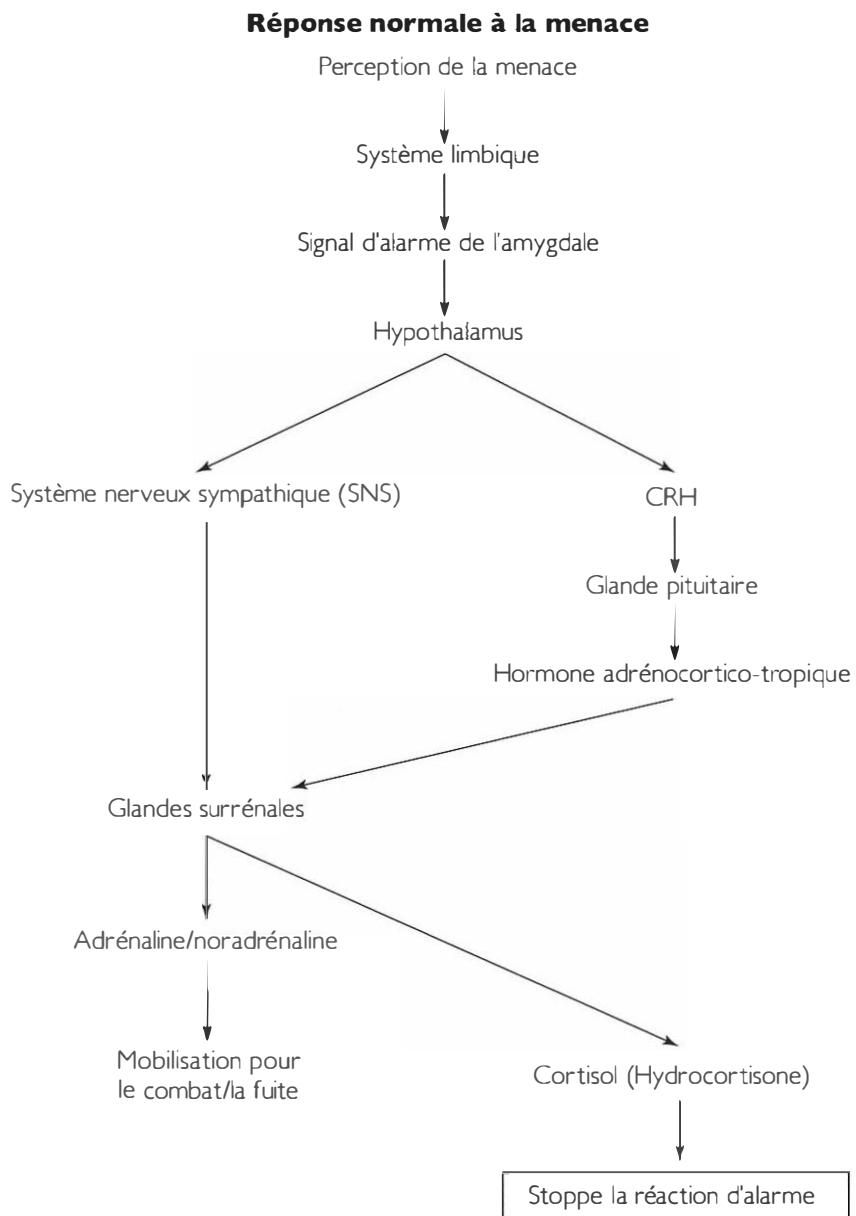
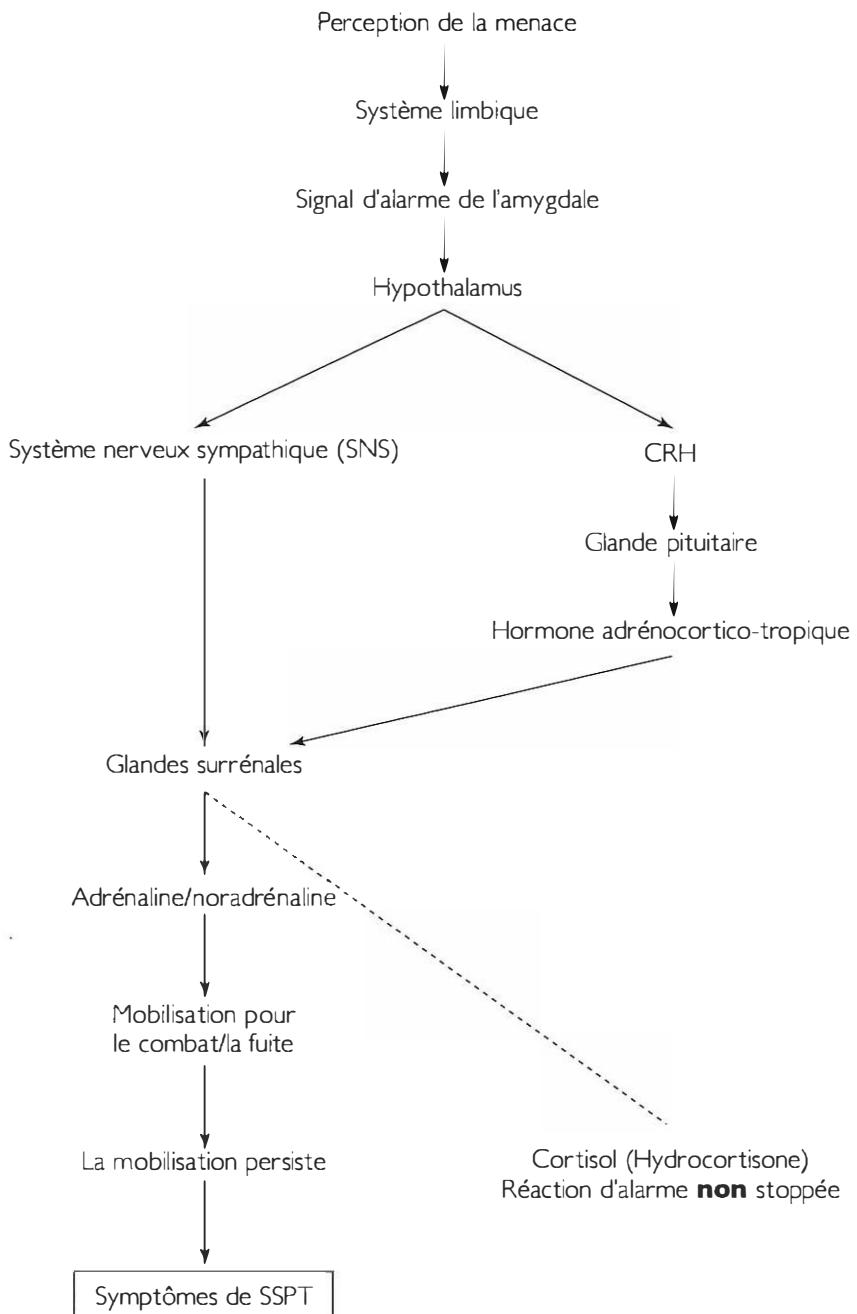


Figure 2. Axe hypothalamo-hypophysaire-surrénalien

Réponse en cas de SSPT



5 La réponse défensive lors d'une réminiscence ou d'une réactivation de la menace

Quand le système limbique active le SNV afin de faire face à la menace d'un événement traumatisant, il s'agit là d'une réponse de survie saine, normale, adaptative. Quand le SNV continue d'être stimulé de façon chronique alors même que la menace a disparu et a été surmontée, nous sommes en présence du SSPT. L'événement traumatisant paraît continuer à flotter hors de toute réalité temporelle; plutôt que d'être relégué dans une case donnée dans le passé, il surgit souvent spontanément dans la perception actuelle comme si, de fait, il se passait à l'instant. (*Charlie n'a plus jamais été attaqué par un chien. Cependant, chaque fois qu'il en rencontrait un, sa tête et son corps continuaient de répondre comme s'il était attaqué ou sur le point de l'être.*)

À l'intérieur du système limbique, il y a deux parties voisines qui sont capitales pour le stockage de la mémoire : l'hippocampe et l'amygdale. Ces dernières années, diverses études indiquent que ces deux parties du cerveau sont au centre de l'enregistrement, du classement et du souvenir des événements traumatisants (Nadel & Jacobs, 1996; van der Kolk, 1994, entre autres). On sait que l'amygdale facilite le traitement des souvenirs à forte teneur émotionnelle, comme la terreur et l'épouvante, devenant extrêmement active à la fois pendant l'incident traumatisant et lors de son rappel. L'hippocampe, quant à lui, donne un contexte de temps et d'espace à un événement; il met nos souvenirs dans une perspective appropriée et leur donne un lieu d'existence dans notre vie. C'est grâce à lui que les événements ont un commencement, un milieu et une fin. Ceci est très important pour le SSPT car une de ses caractéristiques est la sensation que le trauma n'est pas encore terminé. Il a été démontré que l'activité de l'hippocampe est souvent stoppée pendant la menace traumatisante; son habituelle assistance dans le traitement et le stockage d'un événement ne fonctionne pas (Nadel & Jacobs, 1996; van der Kolk, 1994, entre autres). Quand cela se produit, l'événement traumatisant ne peut occuper sa réelle place dans l'histoire de l'individu et continue d'envalir le présent. Il manque la perception de l'événement comme étant passé et celle de la victime comme y ayant survécu. C'est probablement le mécanisme au cœur du symptôme typique dans le SSPT: les réminiscences (*flash-back*), ces épisodes où le trauma est revécu dans la tête et/ou le corps.

6 La dissociation, le figement et le syndrome de stress post-traumatique

Curieusement, la dissociation, ce clivage de conscience, n'est mentionnée nulle part dans les *DSM-III* et *IV* comme étant un symptôme du SSPT, alors qu'elle est connue comme un symptôme du trouble de stress aigu (APA, 1994). Il y a beaucoup de discussions pour déterminer si le SSPT est en fait un trouble dissociatif plutôt qu'un trouble de l'anxiété comme il est actuellement classé (Brett, 1996). Un comité a débattu de

cette question à la *International Society for Traumatic Stress Studies* (Wahlberg, van der Kolk, Brett & Marmar; 1996). Bien qu'il y ait beaucoup de spéulation, personne ne sait réellement ce qu'est la dissociation ou comment elle se produit. Il semblerait que ce soit un ensemble de formes voisines du clivage de conscience. Le large éventail du clivage va du banal incident qui consiste en l'oubli de la raison pour laquelle vous alliez dans la cuisine au trouble extrême de l'identité dissociative (appelé auparavant trouble de la personnalité multiple). Le genre de dissociation décrit par les personnes souffrant du SSPT durant les événements traumatisants – perception altérée du temps, diminution de la sensation de douleur; absence de terreur ou d'horreur – ressemble aux caractéristiques signalées par ceux qui ont répondu par le figement à une menace traumatique. Il faudra de plus amples recherches pour déterminer si la réaction de figement est une forme de dissociation ou non.

Comprendre ce mécanisme est important car il apparaît que les conséquences les plus graves du SSPT résultent de la dissociation. Alors que la dissociation semble être une réaction instinctive afin de se protéger de la souffrance – et c'est très réussi – elle fait payer un lourd tribut en retour: Plusieurs études sont en cours en ce qui concerne le phénomène de dissociation. Beaucoup d'entre elles signalent la probabilité que la dissociation survenant pendant un événement traumatique (dissociation péri-traumatique) laisse présager un possible développement du SSPT (Bremmer et al., 1992; Classen, Koopman & Spiegel, 1993; Marmar et al., 1996).

7 Les conséquences du trauma et le SSPT

Les conséquences du trauma et le SSPT varient grandement en fonction de l'âge de la victime, de la nature du trauma, de la réaction au trauma et du soutien reçu par la victime à la suite de celui-ci. En général, les personnes atteintes du SSPT souffrent d'une baisse de qualité de vie à cause des symptômes intrusifs qui diminuent leur habilité à fonctionner. Elles peuvent vivre en alternance des périodes de suractivité et des périodes d'épuisement car leur corps souffre des effets de l'hyperstimulation traumatique du SNV. Des rappels du trauma dont elles souffrent peuvent apparaître brusquement, provoquant des attaques de panique. Elles deviennent craintives, non seulement par rapport au trauma lui-même, mais également vis-à-vis de leurs propres réactions au trauma. Les signaux corporels qui ont été, au moment du trauma, des réactions essentielles peuvent désormais être perçus comme dangereux. Par exemple, l'augmentation du rythme cardiaque, qui peut indiquer du surmenage ou de l'excitation, peut devenir un signal de danger en soi parce qu'elle est un rappel de l'accélération cardiaque vécue dans la réponse au trauma et est, dès lors, associée à celui-ci. La capacité de s'orienter face à la sécurité et au danger commence à baisser lorsque plusieurs éléments ou parfois tous les éléments de l'environnement sont perçus comme dangereux. Quand des rappels quotidiens de trauma provoquent une grande souffrance, le figement ou la dissociation peuvent survenir; comme si le trauma se produisait au moment présent. Cela peut se transformer en cercle vicieux. Finalement,

une victime du SSPT peut voir sa vie devenir extrêmement limitée, car elle vit dans la crainte de se retrouver avec d'autres ou de quitter sa maison. (*Comme il en a été fait mention avant, Charlie souffrait de SPT et non de SSPT; ses limitations n'atteignirent jamais un degré extrême. Cependant, elles devenaient de plus en plus grandes à chaque rencontre avec un chien, vécue comme épouvantable, et la possibilité qu'il développe le syndrome subsistait.*)

Les chapitres suivants tenteront d'apporter des réponses à la question de savoir comment l'esprit peut être submergé au point de n'être plus à même de percevoir la fin d'un événement traumatisant et de lui donner le statut d'événement du passé.

Chapitre 2

Le développement, la mémoire et le cerveau

Dans beaucoup de cas, les personnes ayant vécu des événements traumatisants sont capables de les vivre et de les intégrer, sans séquelles à long terme. Elles sont capables de se rappeler et de raconter les événements qui se sont produits, de trouver un sens à ce qui leur est arrivé, de ressentir les émotions appropriées à leurs souvenirs, et sont persuadées que ces événements font désormais partie du passé.

Pour les personnes qui souffrent de SPT ou du SSPT, la mémorisation des événements traumatisants se passe différemment et peut prendre deux formes diamétralement opposées :

- Certaines personnes peuvent décrire de façon très précise et avec détachement les événements traumatisants, comme si elles racontaient un film. Elles peuvent avoir plusieurs sortes de réactions physiques et/ou émotionnelles : soit des émotions intenses et/ou des sensations corporelles fortes soit une perpétuelle sensation d'engourdissement, de vide, de «non vie» mais sans les mettre en rapport avec les traumas subis.
- D'autres, en revanche, se souviennent très peu ou pas du tout des événements traumatisants eux-mêmes mais elles sont sujettes à des sensations physiques et des réactions émotionnelles sans rapport avec le contexte du présent.

Qu'elles se souviennent ou non du trauma, les personnes souffrant de SPT ou du SSPT ne peuvent réaliser qu'avec difficulté que l'événement se situe dans le passé et que le danger n'existe plus à l'heure actuelle.

Un regard approfondi sur la manière dont le cerveau se développe peut nous fournir des indices pour nous aider à comprendre ces sortes de déformation de la mémoire.

I Le développement du cerveau

Le cerveau d'un nouveau-né n'est, en aucun cas, un produit fini. À la naissance, le cerveau se situe parmi les organes les moins développés du corps. En fait, il ressemble plutôt à un nouvel ordinateur, équipé d'un système opérationnel de base contenant tout ce qui sera nécessaire à une programmation et à un développement futurs, un fichier pour le stockage et l'accroissement de la mémoire, mais incapable encore de satisfaire à autre chose qu'aux exigences de base du système.

Le cerveau humain est, en grande partie, malléable c'est-à-dire programmable et reprogrammable dans son organisation. Il réagit fortement aux influences extérieures. En fait, plus la complexité du cerveau est grande, plus il est malléable (Perry, Pollard, Blakley, Baker & Vigilante, 1995). Le cortex cérébral en est la structure la plus complexe et la plus flexible et donc la plus influençable. Le tronc cérébral, quant à lui, est la structure la moins complexe et la moins malléable du cerveau. Cette sensibilité du cerveau à l'influence et au changement est indispensable à sa croissance et à son développement. Sans cette capacité du cerveau à s'adapter et à changer, il serait impossible d'apprendre quoi que ce soit. Croissance, développement et changement sont vitaux pour la santé et la survie. Bien que le cerveau reste flexible tout au long de la vie, sa capacité de changement diminue avec l'âge. Et, bien entendu, les premiers jours, les premiers mois, les premières années de vie sont cruciaux pour l'établissement des fondements des capacités et talents futurs, tout comme des déficits.

La manière dont un cerveau s'organise au début dépend des interactions du tout petit avec son environnement. La manière dont un cerveau continue de croître, de se développer et de se réorganiser dépend des expériences ultérieures, vécues tout au long de l'enfance. Puisque aucune expérience de vie n'est la même, même pour des vrais jumeaux, c'est la malléabilité de notre cerveau qui nous rend uniques. Savoir que l'organisation du cerveau est flexible et sujette à influence est primordiale, à la fois pour comprendre comment se développent des comportements émotionnels dysfonctionnels comme le SSPT et comment ils peuvent être changés.

I.1 Au début

Le cerveau du bébé possède les instincts et réflexes indispensables à l'existence (battements cardiaques, réflexe de respiration), la capacité d'ingérer et d'utiliser la nourriture (réflexes de chercher la nourriture, de succion et de déglutition ; de digestion et d'élimination) et de retirer du bien-être des contacts (réflexes préhensifs et sensoriels), etc. Ce fonctionnement cérébral de base n'est pourtant pas suffisant pour assurer la survie du bébé. L'enfant a besoin d'une personne adulte (habituellement sa maman¹, mais pas nécessairement), pour prendre soin de lui et le protéger. De plus,

I. « Caregiver(s) » et « caretaker(s) » ont été traduits en général par parent(s) nourricier(s) ou soignant(s) (NDLT)

beaucoup croient que c'est l'interaction entre le bébé et la personne qui prend soin de lui qui est déterminante dans l'élaboration d'un cerveau et d'un système nerveux normaux.

Rien de ceci n'est neuf. Les bébés dépendent de leurs parents nourriciers pour chacun des aspects de leur survie. Les parents qui sont capables de subvenir à la fois aux besoins physiques et émotionnels de leurs enfants, les font passer de la petite enfance à l'état d'enfants, puis d'adolescents et finalement d'adultes, munis d'un large éventail de ressources. Ils sont ainsi capables, de plus en plus, de prendre en charge leurs propres besoins de manière bénéfique et adaptative. Les bébés qui sont élevés de cette façon deviennent des adultes souples, capables de faire face aux défis que leur réserve la vie. Leur cerveau est capable de faire face et d'intégrer tant les expériences positives que négatives, ajoutant des capacités d'adaptabilité à leur répertoire de comportements et d'attitudes.

Par contre, les enfants élevés par des soignants incapables de subvenir à une part significative de leurs besoins courrent le risque de devenir des adultes manquant de souplesse et ne pouvant s'adapter aux fluctuations de la vie. Leur cerveau risque d'être moins capable d'assimiler les expériences de la vie. Ils semblent avoir plus de difficulté à donner un sens aux événements et plus particulièrement à ceux qui sont stressants. Ils sont plus vulnérables aux troubles et aux perturbations psychologiques, y compris l'addiction aux drogues, la dépression et le SSPT (Schore, 1994).

Il y a une foule de recherches qui démontrent à quel point un attachement et des liens affectifs sains sont cruciaux, dès les premiers jours de la vie, pour un développement équilibré (Schore, 1994; Siegel, 1999; van der Kolk, 1998). La relation affective stimule le développement du cerveau qui, en retour, rend possible et augmente la capacité de l'individu à se débrouiller émotionnellement tout au long de sa vie. La science a finalement rattrapé les parents et les psychothérapeutes qui ont toujours su que tout cela était vrai, mais ignoraient comment et pourquoi. Il est maintenant de notoriété publique que l'interaction nourrissante entre le soignant et le bébé aide prodigieusement à favoriser un développement émotionnel sain, car la relation en elle-même stimule la maturation normale du cerveau et du système nerveux.

1.2 Quelques notions essentielles

Ce qui suit donne une très brève vue d'ensemble de la façon dont le cerveau se développe. Les chapitres ultérieurs s'étendront sur ces notions essentielles. Les textes qui suivent se limiteront à l'indispensable pour comprendre comment la façon dont le cerveau se développe peut finalement affecter le traitement des incidents traumatisques.

Le cerveau est le centre de contrôle du système nerveux. Il règle la température du corps, nous signale quand rechercher la nourriture et coordonne toutes les fonctions impliquées dans les actions de manger, digérer et éliminer. Il indique au cœur de

battre et nous fait inspirer et expirer. Sans le cerveau, la procréation serait impossible et l'espèce humaine s'éteindrait. De plus, le cerveau traite les informations à la manière d'un ordinateur. Il reçoit les informations par le biais du système sensoriel : le sens de la vue (incluant les mots écrits), de l'ouïe (incluant les mots parlés), du goût, du toucher, de l'odorat, de la proprioception (qui informe sur l'état du corps à l'intérieur et dans l'espace), et le sens vestibulaire (qui indique où se trouve le haut).

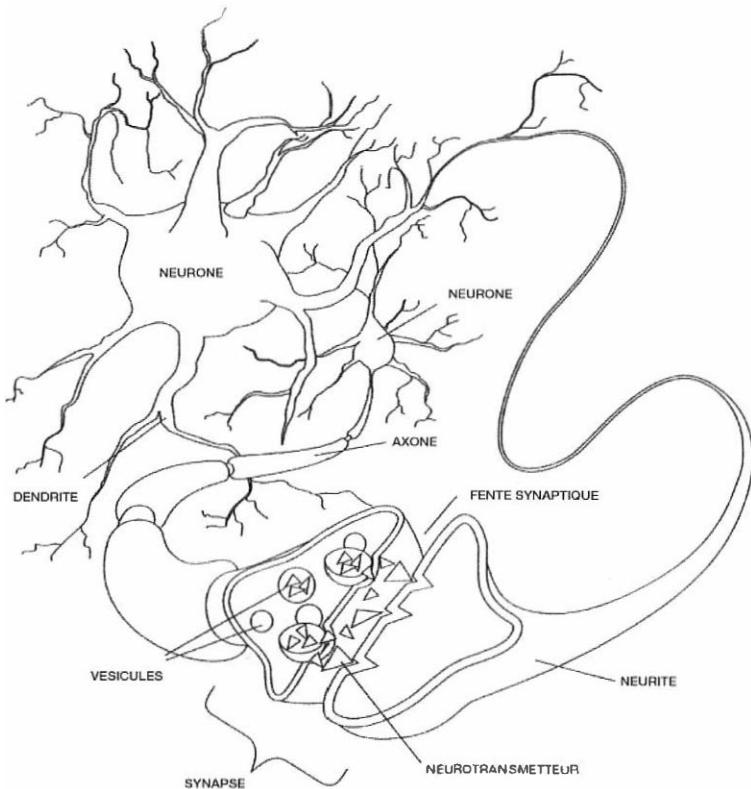
La communication du système nerveux

Le terme *synapse* (voir figure 1) désigne la jonction de deux cellules nerveuses appelées neurones. C'est à cet endroit que le signal ou l'information passe d'un neurone à l'autre, comme si une étincelle franchissait un interstice. La communication entre deux neurones s'accomplit aussi bien au moyen d'une impulsion électrique que par le biais d'un neurotransmetteur chimique qui passe d'un neurone à l'autre. L'adrénaline et la noradrénaline sont des exemples de neurotransmetteurs. Ces hormones sont sécrétées en réponse à un stress traumatique (voir « La survie et le système nerveux » au chapitre 1) : l'adrénaline par les nerfs sympathiques dans les glandes surrénales, la noradrénaline par les nerfs sympathiques dans le reste du corps (Sapolsky 1994). Quand il y a suffisamment de noradrénaline sécrétée par les terminaisons nerveuses du sympathique et acheminée de synapse en synapse tout au long du système nerveux, le corps est prêt à combattre ou à fuir.

Des chapelets de synapses relient les neurones en configurations qui produisent les activités complexes exécutées par le cerveau et le corps. Chaque chapelet de synapses produit un unique résultat : la contraction d'un muscle, le souvenir d'une image, le clignement d'un œil, la sensation de trac, un battement de cœur, un hoquet de surprise. La combinaison de chapelets de synapses a des effets plus complexes : marcher, parler, résoudre un problème de mathématiques, comprendre un texte, se souvenir des détails d'un film, réaliser qu'il fait froid et augmenter le chauffage. Toutes les informations parvenant au corps et au cerveau par les sens se produisent et sont enregistrées grâce à des séries de synapses spécifiques et chaque réflexe, comportement, émotion ou pensée est produit de même par le biais de séries de synapses spécifiques. Toutes les expériences sont encodées, enregistrées et remémorées par les synapses.

Le cerveau règle tous les processus et comportements corporels grâce aux synapses qui relient les nerfs efférents (qui vont du cerveau au corps). De la même manière, le corps rend compte au cerveau de son état interne et de sa position dans l'espace grâce à des synapses reliant des nerfs afférents (qui vont du corps au cerveau). C'est également grâce à des ensembles de synapses que les pensées individuelles sont rassemblées en concepts ou rattachées à des événements spécifiques. La mémoire cognitive nécessite le maillage des nerfs, dans le cerveau, au moyen de synapses. La mémoire somatique implique le pontage des nerfs sensoriels au cerveau par le biais de synapses et leur enregistrement dans le cerveau.

Figure 1. Synapse



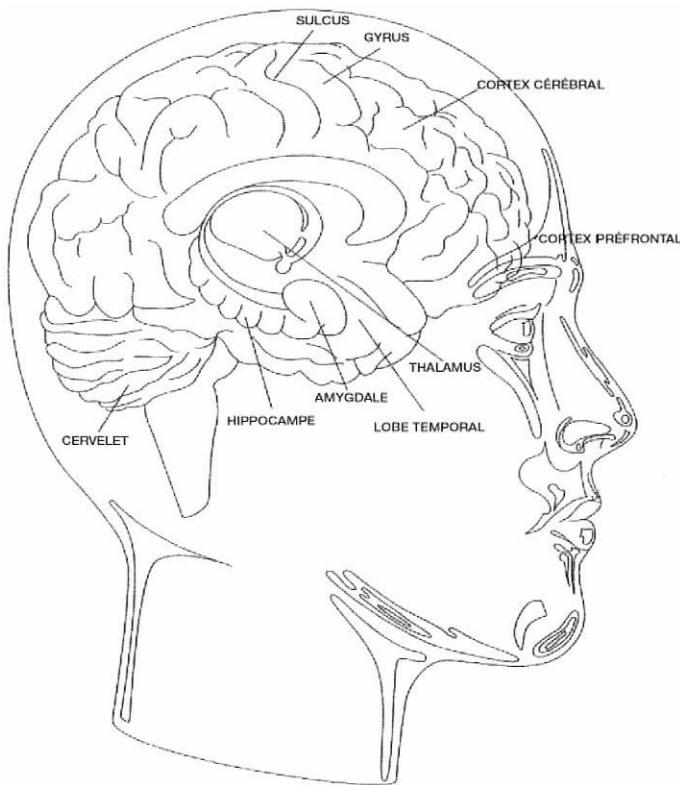
Reproduit avec la permission du Service de presse de la Fondation Charles A. Dana.

Rien n'est cependant figé dans le séquençage des synapses. Ce séquençage subit des influences et peut être modifié. De nouveaux apprentissages sont réalisés grâce à la création de nouveaux maillages de synapses, ou à l'adaptation de maillages existants. Oublier (par exemple, comment faire quelque chose) est le résultat d'un maillage rouillé. Comme le dit l'adage : ce qu'on n'utilise pas se perd. C'est également, pour le meilleur ou pour le pire, à cause de la modification des synapses que la mémoire se déforme.

Les divisions du cerveau

Il est facile de concevoir à quoi ressemble le cerveau (voir figure 2). Dressez le poing droit en l'air. Votre poignet représente le tronc cérébral, votre poing, le mésencéphale et le système limbique. Recouvez maintenant votre poing droit au moyen de votre main gauche : voici la représentation du cortex cérébral, la couche extérieure du cerveau.

Figure 2. Divisions du cerveau



Reproduit avec la permission du service de presse de la Fondation Charles A. Dana.

Le *tronc cérébral*, auquel il est parfois fait référence sous le nom de *cerveau reptilien*, règle les fonctions corporelles basiques comme le rythme cardiaque et la respiration. Cette région du cerveau doit être pleinement développée à la naissance de l'enfant pour qu'il survive.

Le système *limbique* est le siège des instincts de survie et des réflexes. Il comprend l'*hypothalamus*, responsable du maintien de la température du corps, des fonctions de nutrition et d'hydratation, du repos et de l'équilibre. Le système limbique régule également le système nerveux végétatif, servant d'intermédiaire, afin d'apporter les réponses musculaires et viscérales appropriées au stress ou à la relaxation, en ce compris la stimulation sexuelle et l'orgasme, ainsi que les réactions traumatiques de stress comme la lutte, la fuite ou le figement. Deux autres régions du système limbique, l'*hippocampe* et l'*amygdale*, sont cruciales pour la compréhension de la mémoire traumatique. L'*hippocampe* et l'*amygdale* forment deux structures situées dans les lobes temporaux du cerveau. Ces deux structures font partie intégrante du processus informatif transmis

du corps vers le cortex cérébral. L'amygdale traite et facilite le stockage des émotions et des réactions aux événements chargés émotionnellement. L'hippocampe, essentiel pour la mémoire, traite les informations nécessaires pour pouvoir donner un sens à ces expériences, et ce dans la ligne du temps de l'histoire personnelle («Quand cela m'est-il arrivé?») ainsi que l'ordre dans lequel l'expérience elle-même s'est produite («Qu'est-ce qui est survenu en premier?», «Qu'est-il arrivé après?», etc.). Nadel et Zola-Morgan (1984) ont découvert que l'amygdale est à maturité dès la naissance, tandis que l'hippocampe n'arrive à maturité que plus tard, entre la deuxième et la troisième année de vie. Comprendre le calendrier de maturation et les fonctions différentes de ces deux glandes fournit une explication à l'*amnésie infantile* – le fait qu'habituellement nous ne nous rappelions pas consciemment de notre petite enfance. Les expériences de cette période passent par l'amygdale avant d'être stockées dans le cortex. L'amygdale facilite le stockage de tout le contenu émotionnel et sensoriel de ces expériences. À ce moment, l'hippocampe n'étant pas encore fonctionnel, la mémoire d'une expérience infantile ne contient que les émotions et les sensations physiques, dépourvues de tout contexte et de tout ordre chronologique. Voilà probablement l'explication selon laquelle, plus tard, personne ne peut accéder à ce que l'on appelle communément des «souvenirs», quand on parle d'expériences de la petite enfance (Nadel et Zola-Morgan, 1984).

Il est essentiel que l'amygdale et l'hippocampe soient arrivés à maturité et fonctionnent bien pour traiter correctement les événements de la vie, tout spécialement ceux qui sont stressants, bien que cela puisse ne pas toujours être possible pendant un événement traumatisant. Au fur et à mesure que le niveau de stress augmente, des hormones peuvent être libérées dans le but de supprimer l'activité de l'hippocampe sans affecter l'amygdale. Il est possible qu'une sécrétion prolongée d'hydrocortisone (cortisol) – ce qui peut se passer en cas de traumatismes – affecte l'hippocampe dans ce sens (Gunnar & Barr, 1998). Voilà qui peut expliquer les quelques cas de distorsion des souvenirs associée au SSPT. Certaines personnes souffrant du SSPT se souviennent de leurs expériences traumatisantes comme ayant été fortement perturbantes sur les plans sensoriel et émotionnel, mais n'ont pas souvenance du moment et de l'endroit où elles se sont passées, ce qui est du ressort de l'hippocampe. La taille de l'hippocampe a fait l'objet d'une récente recherche sur le SSPT. Certaines études concluent que les rescapés d'un SSPT ont un hippocampe plus petit que la population en général (entre autres: Bremmer *et al.*, 1997; Rauch, Shin, Wahlen & Pitman, 1998; Schuff *et al.*, 1997). Cependant, ces découvertes fascinantes n'ont pas déterminé si les hippocampes des personnes souffrant du SSPT avaient rétréci suite à la suppression de leur activité par les hormones libérées en cas de stress, ou si ces personnes avaient, dès le départ, un hippocampe de plus petite taille. Quoi qu'il en soit, il apparaît qu'un hippocampe plus petit pose problème pour le traitement des événements stressants de la vie par le cerveau.

Le thalamus se situe également dans le mésencéphale, ses deux parties encadrant le système limbique. Il est le centre de relais des informations sensorielles en provenance de toutes les zones du corps avant leur arrivée dans le cortex.

Recouvrant les structures plus primitives du cerveau, le cortex cérébral est la structure responsable de toutes les fonctions mentales plus élaborées, incluant le langage, la pensée et la mémoire sémantique et procédurale. Il y a actuellement un grand intérêt pour la compréhension du traitement des informations par le cortex droit et par le cortex gauche, de même que pour leurs relations avec le système limbique. Le cortex droit semble jouer un rôle plus important dans le stockage des entrées sensorielles. Il semble que l'amygdale soit la structure limbique par laquelle voyagent les informations sensorielles avant d'aboutir au cortex droit. Le cortex gauche, quant à lui, semble avoir une relation plus intime avec l'hippocampe. De plus, il s'avère que le traitement de l'information dépend du langage. Bessel van der Kolk (van der Kolk, McFarlane & Weisaeth, 1996) a découvert que l'activité dans l'aire de Broca, responsable du langage dans la structure corticale gauche, est également supprimée (comme l'est celle de l'hippocampe) pendant un incident traumatique. Il décrit ce qu'il appelle «la terreur sans mots» du traumatisme. Nous avons tous vécu l'expérience d'avoir été sans mots ou bien oubliant ce que nous étions sur le point de dire. Sous stress, cette difficulté augmente, jusqu'à atteindre des degrés extrêmes. (*Dans le cas de Charlie, il pouvait continuer de parler durant l'état de panique, mais l'appareil du langage était tellement contracté qu'il pouvait à peine articuler quelques mots.*)

1.3 Lien affectif mutuel et développement du cerveau

Allan Schore (1994) et Bruce Perry (Perry et al., 1995) ont tous deux proposé des modèles neurologiques pour comprendre l'importance de l'attachement infantile dans la gestion des expériences stressantes tout au long de la vie. Selon les deux modèles, le principal soignant, outre le fait qu'il subvient aux besoins de base du petit enfant, joue un rôle primordial pour l'aider à équilibrer des niveaux quelquefois élevés de stimulation. Un attachement sain entre le petit enfant et son parent nourricier permet au bébé de finalement développer en lui la capacité de régler lui-même tant les stimuli positifs que négatifs. Perry et ses collègues (1995) postulent en outre que les expériences positives précoces sont indispensables à l'organisation et au développement de certaines régions spécifiques du cerveau.

L'enfant nouveau-né est un paquet de récepteurs sensoriels bruts. Pendant neuf mois, le fœtus est enveloppé et protégé dans le liquide amniotique de sa mère. Bien que des *stimuli sensoriels* parviennent à l'intérieur de l'utérus, ceux-ci sont amortis. Le nouveau-né est mal préparé à sa brutale immersion dans les stimuli à la naissance. Soudainement, il est littéralement propulsé dans un environnement rempli de nouvelles et intenses sensations: tactiles, sonores, gustatives, visuelles, olfactives, de froid, de chaleur et de douleur. L'enfant crie en réaction à ce premier assaut de stimuli. Cependant, blotti contre le ventre de sa maman, bercé par sa voix familiale (même si elle lui parvenait assourdie auparavant), percevant son toucher aimant, peut-être même sentant son odeur familiale, le nouveau-né est rapidement apaisé. Voilà donc la première expérience de régulation des stimuli vécue par le tout petit par l'inter-

médiaire de son premier soignant. La maman du nouveau-né a pu instantanément (habituellement) intervenir et atténuer cette immersion brutale dans beaucoup de stimuli et calmer le tout petit. Idéalement, cela continue ainsi durant toute l'enfance : le bébé est inquiet, la présence du soignant l'apaise.

Au début, le soignant aide l'enfant à réguler ses réponses aux stimuli, y compris se sentir mal à l'aise à cause de la faim, de la soif, du fait d'être mouillé, d'avoir froid ou mal, etc. Graduellement, le soignant aide l'enfant à réguler ses réponses émotionnelles comme la frustration, la colère, la solitude, la peur et l'excitation. Au début, la plus grande partie de ce processus de régulation se fait par le toucher et les sons. Cependant, comme le décrit Schore (1996), très vite après la naissance, le soignant et le bébé développent un modèle d'interaction qui est capital pour le processus de régulation des affects. Ils apprennent à se stimuler l'un l'autre par le biais de ce contact face à face, ce qui rend l'enfant capable de s'acclimater graduellement à des niveaux de plus en plus élevés de stimulation et d'excitation.

Ces interactions entre le soignant et le bébé – lien et attachement, contrariété et équilibre, stimulus et accommodement – se font, d'après Schore, par l'intermédiaire du cerveau droit. Durant la petite enfance, le cortex droit se développe plus rapidement que le gauche et donc, comme dit plus haut, l'hippocampe, associé au cerveau gauche, est encore immature (Schore, 1996).

Vers la fin de la première année, la relation existant entre le bébé et son soignant change radicalement. Le bébé s'initie aux premiers mouvements de la petite enfance – ramper, marcher à quatre pattes, pour finalement se mettre debout et faire ses premiers pas – et développe une plus grande indépendance ainsi que diverses interactions avec son environnement. Parallèlement, le rôle du soignant change aussi : il n'est plus celui qui consacre quasi 100% de son temps à nourrir, approuver et rassurer bébé, mais il devient un facteur de socialisation qui pose des limites, dit «non», et quelquefois désapprouve et/ou fait de la peine. La manière avec laquelle bébé et soignant vont opérer cette modification des rôles dépend d'au moins trois facteurs : la solidité du lien affectif, la capacité du soignant à continuer à aimer son petit, même quand il est fâché de ses mauvais comportements, et de l'adresse du soignant à maintenir des limites cohérentes et équilibrées. C'est également aux environs de cette période que le cortex gauche commence et accélère sa croissance, ce qui a pour effet de développer le langage, une fonction du cerveau gauche. Entre-temps, l'hippocampe se développe dans le système limbique, favorisant la capacité du tout petit à donner un sens à son environnement. S'appuyant sur un lien affectif sécurisant et des limites de plus en plus rationnelles et cohérentes, l'enfant commencera à utiliser son langage grandissant pour décrire les événements et donner un sens à ses expériences émotionnelles et sensorielles.

1.4 Le cerveau en développement et le traumatisme

Pourquoi certaines personnes sont-elles plus facilement perturbées par des événements traumatisques que d'autres? Schore (1996), van der Kolk (1987, 1998), Siegel (1999), De Bellis et ses collègues (1999), Perry et ses collègues (1995), et d'autres encore affirment que la prédisposition aux troubles psychologiques, en ce compris le SSPT, trouve son origine dans des événements stressants vécus durant la toute petite enfance : manque de soins, abus physiques et sexuels, manque de solidité du lien affectif, incidents traumatisants personnels (hospitalisation, mort d'un parent, accident de voiture, etc.). Certaines études avancent l'idée que les individus ayant souffert d'un trauma précoce et/ou n'ayant pu bénéficier d'un attachement sain peuvent avoir une moins grande capacité de régulation du stress, ainsi qu'une capacité diminuée de pouvoir, plus tard dans leur vie, trouver un sens à leurs expériences traumatisques. D'autres estiment qu'une activité réduite de l'hippocampe – soit parce que la glande ne s'est jamais totalement développée (lacune dans le lien affectif) soit parce que son activité a été supprimée (lors d'événements traumatisques) – limite leur capacité de gérer le stress (Gunnar & Bari; 1998). Dans ces circonstances, des expériences traumatisques ultérieures ne peuvent être remémorées par certains que fortement chargées émotionnellement et corporellement (sensations). Chez d'autres, il se peut que certains mécanismes de survie comme la dissociation et le figement soient devenus des réponses habituelles, au point que des stratégies adaptées ne se développent jamais ou sont éliminées de leur répertoire de survie.

1.5 Le cerveau à maturité et le traumatisme

Même dans le cas où la petite enfance et l'enfance se sont déroulées de façon idéale, un adolescent ou un adulte peut faire face à un événement si invasif qu'il peut en résulter un SPT ou un SSPT. Quelques-unes des preuves les plus convaincantes de cet état de fait proviennent d'études concernant des rescapés de l'Holocauste, menées en Norvège après la deuxième guerre mondiale. À l'instar d'autres pays scandinaves, la Norvège a joué un rôle important dans le rétablissement et l'implantation de milliers de rescapés des camps de concentration allemands. Outre le fait qu'ils ont répondu à leurs besoins vitaux en soins médicaux, en alimentation, en habitations saines et propres, les Norvégiens leur ont apporté également un soutien psychiatrique. Jusqu'à la deuxième guerre mondiale, les psychiatres norvégiens, tout comme leurs homologues européens et américains, considéraient la maladie mentale comme survenant suite à des déficits dans l'enfance. Comme les symptômes de maladie mentale étaient très répandus chez les rescapés des camps, les psychiatres norvégiens s'attendaient à entendre des histoires d'enfance criblées de disfonctionnements. Ils furent stupéfaits de découvrir que la plupart des rescapés relataient une enfance heureuse dans des familles harmonieuses et offrant un bon soutien. Qu'est-ce qui pouvait bien expliquer une telle contradiction? Les psychiatres furent finalement contraints de conclure que ces témoignages «démontraient de façon convaincante que des maladies mentales

chroniques pouvaient se développer chez des personnes ayant eu une enfance harmonieuse mais ayant eu à subir un stress physique et psychologique extrême» (Malt & Weisaeth, 1989, p. 7). C'est ainsi que l'après-Holocauste a marqué un changement radical en psychiatrie dans la manière de considérer les effets de stress extrême chez les adultes. (*Le cas de Charlie illustre également cette théorie puisque son incident traumatique survint alors qu'il était adulte. Il a présenté un SPT après l'attaque du chien – et se trouvait bel et bien en bonne voie pour développer un SSPT, sa vie se limitant de plus en plus. La réaction de Charlie n'était pas due à un précédent traumatisme ni à des lacunes dans son développement.*)

1.6 Implications prometteuses pour la psychothérapie

L'enfance n'est pas la seule occasion pour un individu de développer un attachement sain. Un enfant traumatisé n'est pas nécessairement condamné au dysfonctionnement. Par exemple, beaucoup d'enfants ayant été privés d'une bonne relation dans l'enfance compensent dans une large mesure ce déficit plus tard dans leur vie, par le biais d'une relation privilégiée avec un excellent ami, un professeur particulier ou un voisin réconfortant. Et beaucoup d'adolescents et d'adultes trouvent, dans une relation d'amour, un attachement réparateur. Pour beaucoup, de telles relations participent grandement à compenser ce dont ils ont manqué ou souffert quand ils étaient petits. D'autres encore trouveront l'indispensable lien dans la relation thérapeutique. (Le chapitre 5 abordera le rôle des thérapies psychodynamiques et psychocorporelles dans la compensation des lacunes survenues de bonne heure ainsi que dans la guérison de traumatismes très graves et précoce).

Le cerveau, une fois développé, fournit les fondations pour que l'on acquière les talents et ressources indispensables, y compris pour reconnaître et mettre en pratique les leçons de la vie. La manière dont le cerveau traite les événements traumatiques et s'en souvient déterminera qui souffrira ou non d'un SSPT. La qualité du lien affectif entre l'enfant et son parent nourricier est une des variables importantes, même si elle n'est pas la seule, qui permet d'augurer du bon développement d'un cerveau en santé. Dans la section suivante seront examinées les catégories de mémoire et leur relation au cerveau, ainsi que le développement du SSPT.

2 Qu'est-ce que la mémoire?

We met at nine. We met at eight
I was on time. No, you were late.
...Ah, yes, I remember it well...²

GIGI

La recherche sur la mémoire – sa fonction et ses systèmes – est devenue rapidement un champ d'étude en pleine expansion, surtout depuis les années 1960, et elle s'est encore amplifiée au début des années 1990. Une des raisons de cet intérêt croissant réside dans la controverse au sujet de la restitution des souvenirs traumatisants.

2.1 Notions de base concernant la mémoire

En général, la mémoire enregistre, emmagasine et restitue les informations en provenance des milieux tant internes qu'externes. Tous les sens sont constitutifs de la façon dont le monde est perçu. Le cerveau traite les perceptions et les emmagasine en tant que pensées, émotions, images, sensations et impulsions comportementales. Lorsque ces éléments stockés sont restitués, cela s'appelle la mémoire. Pour qu'un renseignement devienne un souvenir, il doit passer au moins trois étapes importantes : l'encodage qui est le processus d'enregistrer ou de graver l'information dans le cerveau; le stockage qui représente la manière dont l'information est gardée et le temps durant lequel elle le sera et la mémoire de récupération qui désigne l'accès à l'information stockée et le fait de la ramener à la conscience. En fait, le processus de mémorisation du cerveau est semblable à celui d'un ordinateur. Les mots écrits sur l'écran correspondent à l'encodage dans l'ordinateur. Mais ceci ne constitue qu'une mémoire temporaire, jusqu'à ce que cette information soit sauvegardée dans un fichier, opération apparentée au stockage de l'information. Une fois sauvegardée dans un fichier, cette information sommeille jusqu'à ce qu'elle soit rappelée en rouvrant le fichier, ce qui équivaut à la récupération dont on parlait plus haut. Tout comme un souvenir dans la mémoire, un fichier sauvegardé dans un ordinateur est parfois difficile à retrouver:

Certains types d'informations ont plus de chances d'être emmagasinés que d'autres. Plus l'information a d'importance et plus la charge émotionnelle – positive ou négative – est intense, plus cette information (ou un événement fait de multiples bribes d'informations) a de probabilités d'être emmagasinée (Schacter, 1996).

2. «Nous nous sommes rencontrés à neuf heures. Nous nous sommes rencontrés à huit heures. J'étais à l'heure. Non, tu étais en retard... Ah! Oui, je m'en souviens bien...»

2.2 La mémoire en bref

Il y a 40 ans à peine, la mémoire était considérée comme ne pouvant faire qu'une seule chose: se souvenir ou pas. Ce que nous appelons maintenant une mémoire à long terme représentait la seule catégorie reconnue. Lorsque la mémoire faisait défaut, on parlait d'oubli ou, à l'extrême, d'amnésie. Il était couramment admis que nos expériences étaient gravées dans le cortex cérébral comme sur une cassette vidéo. La mémoire repassait la vidéo. Cette théorie était étayée par les études menées par Wilder Penfield sur la stimulation du cerveau. Ces expériences bien connues sont fascinantes, mais aussi probablement trompeuses. Les patients de Penfield étaient épileptiques; Penfield stimulait au hasard des zones du lobe temporal du cerveau et enregistrait les «souvenirs» de ses patients (Penfield & Perot, 1963). Quelques patients racontaient des images incroyablement détaillées et très chargées sur le plan sensoriel. Penfield a été par ailleurs critiqué pour avoir exagéré sa découverte. Il ressort que moins de 10% de ses patients ont en fait raconté des «souvenirs» durant la stimulation directe du cerveau, et aucun d'entre eux ne fut validé: il n'y avait aucun moyen de distinguer un souvenir authentique d'une hallucination induite (Squire, 1987).

Aux environs de 1960, des scientifiques commencèrent à s'interroger sur deux systèmes différents de la mémoire: la mémoire à long terme et une nouvelle catégorie appelée *mémoire à court terme*. En ce temps-là n'existeit aucune théorie au sujet de la localisation, dans le cerveau, de ces types de mémoires ni au sujet des systèmes cervicaux dont elles dépendaient. Quoi qu'il en soit, il était clair que la mémoire à court terme dépendait d'un système cervical différent de celui de la mémoire à long terme. Ce furent là les premiers balbutiements de l'idée qu'il existait de multiples systèmes de mémoire dans le cerveau, idée qui n'est plus remise en cause actuellement (Nadel, 1994; Schacter, 1996).

C'est la mémoire à court terme qui est utilisée pour se souvenir d'un numéro de téléphone, à partir du moment où il est vu ou entendu jusqu'à ce qu'il soit formé, pour donner les réponses à un test après une nuit de bâchotage avant un examen ou se rappeler le visage d'un serveur: Ces choses nous échappent habituellement très rapidement, exactement comme des mots écrits sur l'écran d'un ordinateur disparaissent rapidement, à moins d'être sauvegardés dans un fichier. Et c'est une bonne chose: cela évite au cerveau d'être encombré par une multitude d'informations inutiles. C'est la mémoire à court terme qui, souvent de façon agaçante, commence à faiblir avec l'âge «Qu'étais-je juste sur le point de faire?», «Je l'ai sur le bout de la langue», etc.

La mémoire à long terme, comme son nom l'indique, renferme des bribes d'informations qui sont stockées de façon permanente, que celles-ci puissent ou non être ramenées à la conscience.

Connaître quelles bribes sont emmagasinées, où et comment le cerveau s'acquitte de cette tâche sont des éléments indispensables pour comprendre davantage la mémoire.

2.3 La mémoire implicite et la mémoire explicite

À la fin des années 1980, début des années 1990, l'idée de multiples systèmes de mémoire fut largement acceptée. On découvrit à cette période deux nouveaux types de mémoire: la mémoire explicite et la mémoire implicite. Ces deux systèmes de mémoire totalement différents distinguent quel types d'informations sont emmagasinées et comment elles sont récupérées. Le tableau 1 présente les différences existant entre les systèmes implicite et explicite.

La mémoire explicite

La mémoire explicite est celle à laquelle nous nous référons habituellement en parlant de « mémoire ». Parfois appelée *mémoire déclarative*, elle consiste en faits, concepts et idées. Quand une personne pense consciemment à quelque chose et décrit ce quelque chose en mots – verbalement ou mentalement – elle utilise sa mémoire explicite. La mémoire explicite dépend du langage oral ou écrit; ce dernier est en effet nécessaire à l'emmagasinage et à la récupération des souvenirs explicites. Une opinion, une idée, une histoire, les faits d'un dossier; la narration du repas de dimanche chez Grand-maman, tout cela représente des exemples de bribes d'informations susceptibles d'être entrées dans la mémoire explicite. Cependant, la mémoire explicite ne se limite pas uniquement à des faits; elle implique également la mémoire d'opérations qui nécessitent la pensée et la narration étape par étape, comme dans la résolution d'une équation mathématique ou la cuisson d'un gâteau. C'est la mémoire explicite qui permet la narration du récit de sa vie ou d'événements, la mise en mots d'expériences, l'élaboration d'une chronologie, la découverte d'une signification.

Le souvenir explicite d'un événement traumatique (ou d'un quelconque événement d'ailleurs) implique d'être capable de se rappeler et de faire le récit cohérent d'un événement. Un autre aspect du stockage explicite implique le classement historique d'un événement dans la bonne période de notre vie. Actuellement, on pense qu'un certain pourcentage de SSPT pourrait être dû, entre autres, au fait que le souvenir d'un événement traumatique serait exclu du stockage explicite, même si on en ignore la raison.

La mémoire implicite

Alors que la mémoire explicite dépend du langage, la mémoire implicite le court-circuite. La mémoire explicite implique des faits, des descriptions et des opérations basées sur la pensée. La mémoire implicite, elle, implique des marches à suivre et des conditions intérieures automatiques. Elle opère de façon inconsciente, à moins qu'elle soit rendue consciente par le biais d'un « pontage » vers la mémoire explicite qui raconte ou donne un sens à l'opération, l'émotion ou la sensation dont on se souvient.

La mémoire implicite, appelée d'abord *mémoire procédurale* ou encore *non déclarative*, a quelque chose à voir avec le stockage et le rappel de procédures ou de

comportements appris. Sans la mémoire implicite, procédurale, l'accomplissement de certaines tâches serait au mieux, laborieux, au pire, impossible. Le fait de rouler à bicyclette en est un bon exemple. La mémoire implicite permet de rouler à bicyclette sans devoir y penser: Malgré le fait qu'il ait pu y avoir un souvenir explicite du moment où l'on a appris à rouler à bicyclette – souvent avec maman ou papa qui tenait l'arrière de la selle et qui courait à côté – on ne doit habituellement pas utiliser la mémoire narrative explicite pour rouler à vélo. En ne comptant que sur la mémoire explicite pour rouler à vélo, il faudrait absolument construire une histoire, étape par étape, un peu comme une recette qui ressemblerait à ceci:

Je me tiens à la droite du vélo, lui faisant face. J'empoigne le guidon avec mes mains. Alors, en gardant mon pied droit au sol, j'élève mon pied gauche par-dessus, posant maladroitement ma fesse gauche sur le siège; le vélo penche à droite. Je continue de tenir le guidon avec mes deux mains, plie mon genou droit et appuie sur le sol avec mon pied droit. Simultanément, je déplace le poids de mes fesses à gauche, de façon à me centrer sur la selle. Très vite, j'exerce une pression sur la pédale gauche, la remontant et la poussant vers le bas tour à tour. En même temps, la pédale droite, manœuvrée par mon pied droit, opère le même mouvement de bas en haut. Lorsqu'elle atteint le point culminant, j'incline la pédale droite avec mon pied droit, orteils pointés vers le haut, et je la pousse vers le bas puis la laisse remonter. Je continue la poussée vers le bas et la remontée vers le haut alternativement avec l'autre pied. Le vélo avance. Je me tiens droit sur la selle, contrôlant mon équilibre en tenant ma tête droite, laissant mes hanches se balancer d'un côté et d'autre...

Personne n'aborde la conduite d'un vélo avec une méthode aussi explicite. Il est clair que se rappeler explicitement une telle procédure n'est pas une sinécure. La mémoire implicite comporte certainement de nombreux avantages.

Cependant, pour ce qui est de la mémoire d'événements traumatiques, cela devient difficile lorsque des souvenirs implicites ne sont pas reliés à des souvenirs explicites. Il apparaît que les événements traumatiques sont plus facilement stockés dans la mémoire implicite parce que l'amygdale n'est pas mise hors circuit par les hormones de stress qui, en revanche, suppriment l'activité de l'hippocampe. Il semble que, quel que soit le niveau de stimulation, l'amygdale continue de fonctionner. Dans certains cas, des émotions bouleversantes, des sensations corporelles dérangeantes et des impulsions comportementales déroutantes peuvent toutes exister dans la mémoire implicite, sans que l'on puisse avoir accès à une information au sujet du contexte dans lequel elles sont apparues.

Tableau 1. Les catégories de la mémoire

	EXPLICITE = DÉCLARATIVE	IMPICITE = NON DÉCLARATIVE
Processus	Conscient	Inconscient
Types d'informations	Cognitives Factuelles En provenance du cerveau Verbales/sémantiques Descriptions de fonctionnements Descriptions de procédures	Émotionnelles Conditionnées Corporelles Sensorielles Aptitudes automatiques Procédures automatiques
Structure du médiateur limbique	Hippocampe	Amygdale
Maturité	Aux environs de 3 ans	À la naissance
Activité durant l'événement traumatisante et/ou flash-back	Supprimée	En activité
Langage	Conceptualise un récit	Sans mots

Ce tableau est similaire à celui de Hovdestad et Kristiansen, 1996, p. 133.

La mémoire conditionnée

Une catégorie de la mémoire implicite comprend les comportements appris grâce au *conditionnement classique* (CC) ou grâce au *conditionnement opérant ou instrumental* (CI). Ces théories sont familières puisqu'elles sont enseignées habituellement dans les cours de psychologie de base. L'un des conditionnements ou les deux peuvent être impliqués dans les réponses apprises suite au trauma par ceux qui souffrent de SPT ou du SSPT.

Conditionnement classique

Le conditionnement classique, découvert par Ivan Pavlov, consiste à associer un stimulus connu à un nouveau stimulus conditionnel (SC), afin d'obtenir un nouveau comportement appelé «réponse conditionnée» (RC). Dans sa célèbre expérience,

Pavlov apprit à un chien affamé à répondre physiologiquement au son d'une cloche comme s'il s'agissait de nourriture. Il fit sonner la cloche à maintes reprises (SC) juste avant de présenter la nourriture (S) au chien. Bien entendu, il salivait – une réponse normale – à la vue et à l'odeur de la nourriture. Cette séquence fut répétée un grand nombre de fois. Finalement, la cloche fut associée avec la nourriture. Dès lors, Pavlov supprima le stimulus nourriture et fit seulement sonner la cloche, ce qui eut pour résultat de faire saliver le chien (RC). Il ne fallait donc plus présenter la nourriture à ce dernier pour obtenir la réponse conditionnée (Pavlov, 1927/1960). Ce qui, autrefois, constituait une réponse normale au stimulus nourriture, devint une réponse conditionnée à une cloche:



devient:



Le *conditionnement classique* est particulièrement pertinent dans le débat concernant le SSPT. Il est vraisemblable que ce processus soit le mécanisme sous-jacent au phénomène des déclencheurs *traumatiques*. Pour dire les choses simplement, beaucoup de stimuli peuvent être associés au trauma. Ces mêmes stimuli peuvent déclencher une réponse similaire (RC). Par exemple, si une femme a été violée (S) par un homme portant une chemise rouge (SC) et qu'elle a eu très peur (RC), il se peut qu'elle soit effrayée (RC) dès qu'elle voit la couleur rouge (SC). Si suffisamment d'informations portant sur le viol ont pu être explicitement enregistrées dans son cerveau, elle peut être capable de faire le lien et réduire sa réaction: «Ah oui, la couleur rouge m'effraie parce qu'elle me rappelle le moment où j'ai été violée». Cependant, même si elle ne se souvient pas de tous les détails, elle pourrait malgré tout avoir une réaction. C'est une conséquence du conditionnement classique de la mémoire implicite: réactions automatiques en l'absence de pensée factuelle cognitive. Dans le cas de traumatisme, la réaction est particulièrement pénible. Les déclencheurs (dans ce cas, la couleur rouge) produisent souvent une réaction intense. La personne n'a pas conscience de la cause, sauf si l'association est faite, que ce soit spontanément ou à l'aide d'une psychothérapie.

Un autre problème avec le phénomène des stimuli est que leur traçabilité est difficile à établir: Le conditionnement classique peut créer des chaînes de stimuli conditionnels telles qu'un seul déclencheur (SC) peut être aux antipodes du scénario original stimulus-réponse. Le chien qui a appris à saliver au son d'une cloche pourrait apprendre à

saliver à la vue d'une lumière clignotante en associant la cloche à la lumière (second SC). La même chose pourrait se produire dans l'exemple du viol ci-dessus. Quelque temps après, la même femme se promène dans une rue et passe devant un magasin de tissus. À la vitrine, une collection de tissus rouges (premier SC). Quelques pas plus loin, son cœur commence à battre la chamade (second SC) et elle a la tête qui tourne. Elle ignore complètement ce qui lui arrive; l'anxiété est telle qu'elle fait une crise de panique. Si elle n'a pas conscience du signal déclencheur de la panique, elle va aboutir à une explication qui a du sens et conclure (consciemment ou inconsciemment) qu'il y a quelque chose, dans cette rue, de dangereux ou d'insécurisant. Il se pourrait dès lors qu'elle évite de se promener dans cette rue (deuxième SC). Si cette tendance se poursuit sans intervention, elle peut éventuellement déclencher une crise de panique rien qu'en allant dans n'importe quelle rue (troisième SC) et devenir agoraphobe, dans l'incapacité totale de sortir, sans savoir pourquoi. Cette explication n'est évidemment pas la seule concernant l'agoraphobie, mais elle constitue un scénario très plausible de la manière dont elle pourrait se développer: L'association de plusieurs déclencheurs traumatiques conditionnés de façon classique peut produire des niveaux de plus en plus élevés de restriction, d'empêchement et finalement de débilitation. [*La peur de Charlie s'est généralisée de la race du chien qui l'a attaqué (premier SC) à tous les chiens (second SC), quelle que soit leur apparence (grands/petits) ou leur comportement (agressif/docile). Sa vie se limita car la vue de n'importe quel chien, même de loin ou retenu par son maître au moyen d'une laisse, accélérat ses battements cardiaques et provoquait des sueurs froides.*]

La mémoire en l'absence de souvenir

Le conditionnement classique nous aide à comprendre comment il est possible de réagir à un rappel d'événement traumatique alors qu'on ne se souvient pas de l'événement en question. Un cas intéressant tiré du tout début de la psychologie nous en fournit une illustration fascinante quoique simple.

Au début du XX^e siècle, une patiente du médecin et psychologue suisse Édouard Claparède (1873-1940) manifestait l'incapacité de se créer de nouveaux souvenirs à cause d'un accident cérébral. Chaque fois que cette patiente rencontrait son médecin, c'était pour elle la première fois. Elle n'avait aucun souvenir de lui, même si elle l'avait vu quelques minutes auparavant. Curieux, le Dr Claparède imagina une expérience. Il entra dans la salle d'examen, la main en avant pour serrer la sienne en signe de salutation; cependant, il cachait cette fois-là une punaise dans sa paume. La dame lui prit la main comme à son habitude, mais la retira immédiatement, surprise par la douleur. Lorsqu'à la suite de cela le médecin rendait visite à sa patiente, elle refusait de lui serrer la main mais était incapable de dire pourquoi (Claparède, 1911).

Lorsqu'on a tête la théorie des systèmes de mémoire, il est relativement simple de comprendre cet événement en apparence extraordinaire. La patiente du Dr Claparède était, en fait, capable de se créer de nouveaux souvenirs; seulement, ils n'étaient pas explicites. Par le biais du conditionnement classique, un comportement auparavant

neutre (serrer la main à quelqu'un) avait été associé à un stimulus conditionné (la douleur), provoquant une réponse conditionnelle (un mouvement de recul dû à la douleur et à la peur). Il avait suffi d'une seule fois pour conditionner la réponse. La fois suivante, quand le médecin apparut, la patiente refusa de lui serrer la main (réponse conditionnelle). Son système de mémoire implicite était parfaitement intact. Sa main se souvenait d'avoir été douloureusement piquée et son bras se souvenait du recul. Elle ne voulait plus de cela. Elle reconnaissait et se souvenait du médecin, bien que ce ne soit pas là ce que nous entendons habituellement par reconnaître et se souvenir.

Le conditionnement opérant ou instrumental

Le conditionnement opérant ou instrumental, connu en premier lieu par les travaux de B. F. Skinner, implique l'apprentissage d'un comportement au départ d'un système de cause à effet avec un renforcement positif et/ou négatif. La modification d'un comportement est basée sur le conditionnement opérant. Dans une expérience à la manière de Skinner, on apprend à un oiseau à appuyer sur un levier avec son bec pour recevoir de la nourriture. Il est récompensé de quelques grains chaque fois qu'il exécute le comportement souhaité, à savoir donner un coup de bec sur le levier. En fin de compte, ledit comportement devient automatique. Ce qui avait commencé comme un événement fortuit – la première fois qu'il appuya accidentellement du bec sur le levier – devint très rapidement associé et appris grâce aux récompenses de nourriture. À partir de là, l'oiseau est capable d'appuyer délibérément sur le levier quand il en veut plus.



C'est par la même méthode qu'on entraîne les animaux acteurs à accomplir des tâches apparemment impossibles. Un comportement escompté, comme de tourner dans le sens des aiguilles d'une montre, est décomposé en petites étapes, chacune d'entre elles étant récompensée dès son apparition : premièrement, le pivotement d'une patte, puis celui de la tête, puis le demi-tour de tout le corps, etc. (Skinner, 1961).

Le conditionnement opérant est utilisé pour façoner des comportements en tous genres, consciemment et inconsciemment, dans toutes les circonstances de la vie. Les comportements qui sont préférables et dès lors récompensés (réponse positive) se reproduisent plus souvent. Les comportements non souhaités et dès lors punis (réponse négative) sont moins fréquents ou disparaissent tout à fait. Avec les humains, le conditionnement opérant est un mécanisme communément utilisé pour façoner le comportement d'enfants, d'amis, de collègues, d'époux (ses) – de n'importe qui. Une fois un comportement acquis, le procédé qui a induit le comportement en question sort de la conscience (si toutefois on en avait eu conscience) et le comportement appris qui en résulte subsiste comme souvenir implicite. Beaucoup d'habitudes et de

comportements ont d'abord été façonnés par un conditionnement opérant – apprendre à dire «s'il vous plaît» et «merci» par exemple. Les compliments, le plaisir et le contact vont renforcer un comportement; la désapprobation, la douleur et la privation vont en diminuer l'apparition.

Des incidents traumatisques peuvent déterminer des comportements par le biais du conditionnement opérant. Lorsque cela se passe, des réponses adaptées peuvent se développer en cas de stress. Par exemple, la difficulté d'une personne à s'exprimer en public peut trouver son origine dans l'enfance, lorsque son discours assertif avait pour résultat de violentes représailles. Lorsque des impulsions naturelles à parler de façon assertive sont associées à une punition, elles sont effacées. Lorsque cette personne doit faire face plus tard à une situation où elle doit parler en public – même s'il s'agit d'une réunion d'affaires – elle peut souffrir d'une anxiété ou d'une crise de panique, avec des symptômes incluant l'augmentation du rythme cardiaque, des sueurs froides, de la difficulté à respirer, etc.

Lorsqu'un incident traumatisque est répété, comme dans le cas d'abus physiques, de violences conjugales, d'inceste, de torture, on peut s'habituer à des stratégies mentales, émotionnelles et comportementales pour y faire face, fermant la possibilité de choisir d'autres options, même dans des circonstances moins stressantes. Ceux qui ont été agressés ou battus dans l'enfance ou l'adolescence peuvent être par la suite très vulnérables aux abus sexuels ou à la violence parce que leur instinct naturel de défense et de protestation (physique et verbale) a été effacé. Des réactions comme l'anticipation d'un traitement cruel ou la mise en doute de ses capacités à réagir peuvent persister, même si la réalité prouve le contraire. Les croyances et comportements conditionnés durant les événements traumatisques semblent être beaucoup plus tenaces que ceux conditionnés sous un degré de stress moindre. Il suffit d'un seul exemple où une stratégie de survie a échoué ou a été punie durant un événement traumatisique pour que ce comportement soit effacé complètement du répertoire.

Notons fort heureusement que l'inverse est vrai aussi avec le conditionnement opérant. Quand des stratégies mises en place pour faire face à une menace traumatisante fonctionnent, elles sont plus accessibles et plus susceptibles d'être utilisées à nouveau. On appelle parfois cela *l'inoculation par le stress*.

2.4 La mémoire liée à un état interne (physiologique)

Le rappel des souvenirs dépendant d'un état interne est un autre phénomène important relatif à la mémoire traumatisante. Quand un état interne courant reproduit un état interne engendré pendant un précédent événement, les détails, l'atmosphère, les informations et autres états associés à cet événement peuvent être spontanément rappelés ou activés. Cette théorie a souvent été mise en œuvre pour l'apprentissage : on prédisait que l'information apprise pendant certains états induits par l'alcool ou différentes drogues était plus facilement ramenée à la mémoire sous les mêmes condi-

tions, à savoir sous l'influence des mêmes substances (Eich, 1980; Reus, Weingartner & Post, 1979). Un exemple savoureux nous en est donné par des étudiants de faculté qui avaient essayé d'utiliser ce phénomène à leur avantage, dans l'espoir d'augmenter leurs chances de réussite aux examens. La stratégie utilisée pour augmenter la capacité de mémorisation des matières difficiles consistait à manger du chocolat pendant qu'ils étudiaient et à en manger à nouveau pendant qu'ils passaient les examens. On ignore cependant si le succès de cette stratégie (tel que rapporté par les étudiants) a été obtenu par l'état interne produit par l'augmentation du taux de sucre dans le sang – le stimulant contenu dans le cacao – ou par les associations psychologiques liées au chocolat. Et, bien sûr, il s'agissait peut-être d'une excuse forgée de toutes pièces par des étudiants accros au chocolat!

Les rappels de mémoire dépendants d'un état interne peuvent aussi surgir spontanément. Il n'est pas rare qu'un trauma revienne à la conscience à la suite d'une condition interne (accroissement des battements cardiaques ou de la respiration, une ambiance chargée d'une émotion particulière, etc.) qui fait penser à la réponse initiale au trauma. Ce processus peut être suscité par une multitude de déclencheurs externes conditionnés de façon classique : une couleur, une vision, un goût, un contact, une odeur, etc. Il peut également être provoqué par l'exercice, l'agitation ou l'excitation sexuelle. Tout ce qui rappelle la réponse traumatique est un catalyseur potentiel.

Il est également possible de susciter ce genre de rappel par la reproduction d'une position corporelle. Cela constitue une suite logique de cette théorie et un domaine de choix pour la recherche. Le feedback en provenance des nerfs proprioceptifs posturaux pourrait avoir le même potentiel de mémoire que les nerfs proprioceptifs des sensations internes, qui doivent être impliqués dans le rappel des souvenirs sous l'influence d'alcool ou de drogues (voir le chapitre 3, traitant de la proprioception). Demander à un patient de reprendre la position qu'il avait avant et pendant le trauma lui permet souvent de ramener des détails à la conscience. Il faut cependant utiliser cette technique avec précaution car elle peut facilement stimuler plus de souvenirs que ceux auxquels le patient est préparé à faire face (voir le chapitre 5). Les rappels posturaux peuvent aussi être causés involontairement, par exemple, lorsqu'un enfant qui a été abusé physiquement se fige ou hurle quand, par inadvertance ou par hasard en jouant, il se retrouve sur les genoux d'un compagnon. [Le rappel traumatique de Charlie fut déclenché par la sensation de pression ressentie sur sa jambe droite et la vision par son œil droit de Ruff – la reproduction de deux des conditions de l'attaque du chien. Les rappels internes (toucher et vue) déclenchèrent sa réaction.]

2.5 La mémoire et le SSPT

Le SSPT apparaît comme un trouble où la mémoire ne fonctionne pas correctement. Les individus souffrant du SSPT ne peuvent donner un sens à leurs symptômes dans le contexte des événements qu'ils ont subis. Par la suite, ils sont en proie à des déclencheurs internes de leurs traumas et/ou à d'autres associations qui leur sont

Théorie

conditionnées de manière classique. Leurs expériences traumatiques flottent librement dans le temps, sans avoir de fin ou de place dans leur histoire.

La compréhension du côté somatique de la mémoire peut fournir des indications pour comprendre les caractéristiques particulières de la mémoire dans le cas de SPT ou du SSPT. C'est le sujet du chapitre suivant.

Chapitre 3

Le corps se souvient

I Comprendre la mémoire somatique

Rhyme and Reason

*There was an old woman who lived in a shoe,
She had so many children, she didn't know what to do.
But try as she would she could never detect
which was the cause and which the effect!*¹

Piet Hein

La mémoire somatique joue un rôle important dans le SSPT, principalement dans son aspect implicite.

Les personnes souffrant du SSPT sont inondées d'images, de sensations et d'impulsions comportementales (mémoire implicite) non reliées à un contexte, à une conceptualisation et à une compréhension (mémoire explicite). On peut espérer qu'une meilleure compréhension de la mémoire somatique et des processus implicites permettra de relier les systèmes implicite et explicite de la mémoire (ce sera le sujet du chapitre 8).

¹. «*Rime et raison. Une vieille femme vivait dans une chaussure: elle avait tant d'enfants qu'elle ne savait que faire. Elle s'y employa très fort mais ne put jamais déterminer la cause de l'effet.*»

Ce chapitre aborde deux questions:

- Qu'entend-t-on par mémoire somatique?
- Comment la compréhension de ce phénomène peut-elle être utile dans le traitement des états de stress post-traumatique et d'autres états en corrélation avec les traumas?

La mémoire somatique dépend du réseau de communication du système nerveux du corps. C'est par l'intermédiaire du système nerveux, par le biais des synapses, que l'information se transmet entre le cerveau et toutes les zones du corps. Une vue d'ensemble de cette organisation aidera à la compréhension du phénomène de la mémoire somatique.

Trois branches du système nerveux sont impliquées de façon essentielle lors d'un événement traumatique: la branche sensorielle, la branche végétative ou autonome et la branche somatique. Chacune sera examinée séparément puis toutes seront regroupées dans la partie «Les émotions et le corps». La figure 1 illustre l'organisation du système nerveux central du corps.

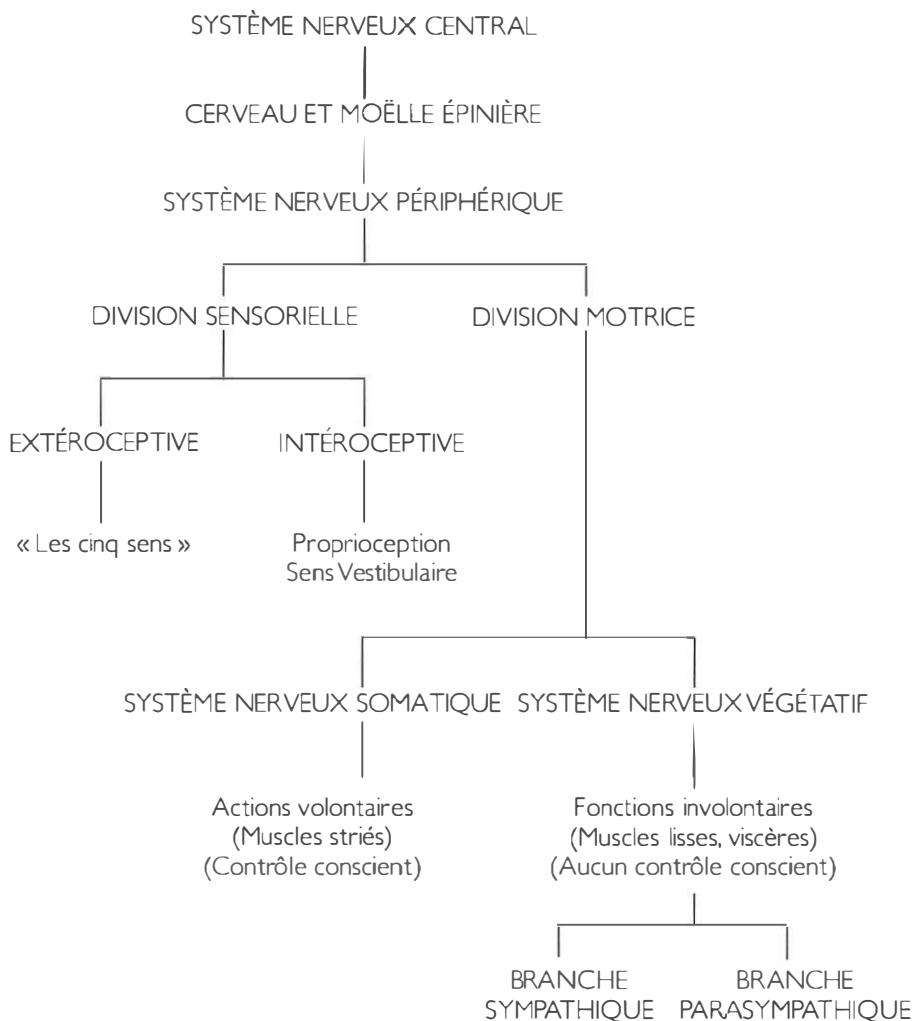
2 Les origines sensorielles de la mémoire

Le système sensoriel a tout à voir avec la mémoire. Le système nerveux transmet l'information sensorielle recueillie tant de la périphérie que de l'intérieur du corps par les synapses, via le thalamus, pour rejoindre l'aire somato-sensorielle du cortex cérébral. Le traitement et l'encodage des informations constituent la première étape de la mémoire. Une partie des informations sera stockée pour utilisation future et restituée au besoin. La plupart d'entre elles, jamais stockées, seront rapidement oubliées.

La somme totale des expériences, et donc toute la mémoire, commence par l'entrée de données sensorielles. Nous percevons le monde, nous apprêhendons la réalité à travers nos sens. Ils fournissent au cerveau des données continues sur l'état de notre environnement interne et externe.

Prenez une minute pour prendre conscience de la masse d'informations sensorielles qui arrivent vers votre corps et celles qui en proviennent. Prenez d'abord conscience de votre environnement. Vous êtes debout, assis ou couché sur un support quelconque. Sans la regarder, pouvez-vous déterminer si cette surface est moelleuse ou dure, froide ou chaude? Quels sons vos oreilles entendent-elles? Y a-t-il assez de lumière pour distinguer facilement les mots de cette page? Pouvez-vous sentir vos mains tenir ce livre? Quelle sensation vos doigts ont-ils de la couverture et des pages? La couverture du livre est-elle lisse ou texturée? Votre environnement comprend également la sensation des vêtements sur votre peau. Votre chemise est-elle douce ou réche? Vous sentez-vous à l'aise ou trop

Figure 1. Organisation du système nerveux central



serré dans votre pantalon? La température de l'air est-elle agréable par rapport aux vêtements que vous portez?

Que dire de votre environnement intérieur? Sans vous regarder dans un miroir, pouvez-vous estimer la position de vos épaules, de votre dos, de la nuque, de la tête? Êtes-vous penché ou tourné dans une certaine direction? Vous tenez-vous droit? Êtes-vous relaxé ou tendu? Et remarquez que vous changez de position de temps en temps, même si ce n'est que légèrement. Quelles sont les sensations

qui font que vous changez de position pour maintenir votre confort? S'agit-il de votre pied qui s'endort ou de votre nuque qui commence à être douloureuse? Vous pourriez aussi noter s'il vous reste un goût en bouche – sucré, amer, salé, fumé, amer? Y a-t-il quelques odeurs dont vous soyez conscient? Très vite, vous serez probablement préoccupé par d'autres sensations corporelles internes qui vous indiqueront que vous avez faim, soif, que vous êtes fatigué, nerveux, raide, que vous avez la vessie pleine, etc.

Toutes ces données et plus encore sont continuellement transmises au cerveau à chaque instant – que ce soit consciemment ou non. Chacun de ces signaux, qu'il vienne de la périphérie du corps ou de l'intérieur de celui-ci, est une sensation.

2.1 L'organisation sensorielle

Il y a deux systèmes sensoriels principaux: extéroceptif et intéroceptif. Les nerfs extérocepteurs sont ceux qui reçoivent et transmettent les renseignements extérieurs au corps par les yeux, les oreilles, la langue, le nez et la peau. Les nerfs intérocepteurs sont les nerfs qui reçoivent et transmettent les informations en provenance de l'intérieur du corps, des viscères, des muscles et du tissu conjonctif.

Le système extéroceptif

Le système extéroceptif est celui qui vous est probablement le plus familier: il comprend les nerfs sensoriels qui répondent aux stimuli en provenance de l'extérieur du corps, c'est-à-dire de l'environnement extérieur, par les cinq sens: la vue, l'ouïe, le goût, l'odorat et le toucher. Tous les nerfs extérocepteurs sont sensibles aux petits comme aux grands changements de l'environnement extérieur. Habituellement, une personne utilise de façon préférentielle l'un ou l'autre de ses sens ou a une sensibilité accrue à certaines sortes de stimuli. Les personnes dont un sens est endommagé compenseront souvent leur déficit en développant une plus grande acuité d'un ou de plusieurs sens. Les personnes dont la vue est affaiblie, par exemple, ont souvent l'ouïe particulièrement développée.

Auquel de vos cinq sens êtes-vous le plus réceptif? Qu'est-ce qui attire votre attention? Êtes-vous plus particulièrement sur le qui-vive lorsque vous entendez un son étrange, sentez une odeur particulière, ou lorsque quelque chose traverse brutalement votre champ de vision? Sentez-vous facilement les nuances de contact à la surface de votre peau? Il y en a peut-être plus d'un, mais vous privilégiez vraisemblablement un sens en particulier. Lequel de ces sens est le plus actif dans vos souvenirs? Vous souviendrez-vous plus facilement du goût d'un repas, de son odeur ou de son aspect? Êtes-vous plus visuel, auditif, olfactif ou tactile? Lorsque vous êtes seul, pensant à l'être aimé, avez-vous des images fortes de son visage? De sa voix? D'une caresse?

Le système intéroceptif

Le système intéroceptif comprend les nerfs sensoriels qui répondent aux stimuli émanant de l'intérieur du corps. Dans ce système, il faut distinguer deux catégories majeures : la *proprioception* et le *sens vestibulaire*.

La proprioception comprend le sens kinesthésique – qui nous permet de localiser toutes les parties de notre corps dans l'espace – et la somesthésie qui donne les informations sur les états du corps, comme le rythme cardiaque, la respiration, la température interne, la tension musculaire et la gêne en provenance des viscères.

Le sens vestibulaire aide le corps à maintenir une position d'équilibre et à être en phase avec la gravité terrestre.

Le sens kinesthésique

C'est le sens kinesthésique qui nous permet de toucher, les yeux clos, le bout de notre nez du bout du doigt. Cette minuscule tâche est un exploit étonnant. Ceux qui en doutent devraient s'asseoir près d'un ami et essayer de toucher le nez de leur ami les yeux fermés. Réussir à toucher la cible (le nez) dépend de l'information en provenance des muscles et du tissu conjonctif squelettique, indiquant la hauteur et l'angle du bras, de la main et du doigt. Cela demande également un schéma sensoriel interne indiquant la localisation de toutes les parties du corps afin d'enregistrer l'emplacement exact du nez. Quand on vise à toucher le nez de quelqu'un d'autre, on a accès à notre schéma, mais pas au sien. Le sens kinesthésique rend également possible la marche en indiquant où se trouvent les jambes et les pieds à n'importe quel moment. C'est le sens kinesthésique qui permet l'apprentissage et l'exécution de toutes sortes de tâches et de comportements.

La meilleure illustration de l'importance du sens kinesthésique est donnée par un exemple où il fait défaut. Un article de Azar (1998) rapporte le cas fascinant d'un homme qui avait perdu la partie kinesthésique du sens proprioceptif ainsi que le sens du toucher, suite à une infection virale. Bien que toutes ses fonctions motrices fussent intactes, il n'avait pas la moindre notion de la position de son corps sauf s'il gardait les yeux ouverts; il ne pouvait même pas rester debout. En fin de compte, il parvint à compenser un peu cette perte. Après des années d'essais et d'erreurs, il apprit à bouger et à marcher relativement normalement, à porter un verre à la bouche, etc., en comptant sur son sens de la vue pour lui fournir les signaux qui auraient dû lui parvenir par les nerfs kinesthésiques. Cependant si, lorsqu'il était debout, la lumière s'éteignait, privé de ses signaux visuels, il s'écroulait au sol et était incapable de se relever jusqu'à ce que quelqu'un rallume la lumière. Sans l'organe de la vision, il n'avait aucune idée de comment placer une main au sol, de lever le coude au-dessus de sa main à l'angle idéal pour avoir assez de prise pour se relever; etc. En outre, sans la vision, il ne savait dire ni où ni comment placer son pied sous lui ou déplacer correctement le poids de son corps pour soutenir et trouver son équilibre. Chez lui, l'accès à la mémoire implicite de mouvements et de procédures simples, habituellement automatiques, était

perdu. De tels cas sont extrêmement rares, mais leur étude est utile pour nous aider à comprendre combien nos sens sont nécessaires à la vie de tous les jours.

Le sens kinesthésique est au cœur de l'aspect procédural de la mémoire implicite : il aide à apprendre et à se souvenir de la manière de faire quelque chose. Il prend en compte la façon de placer ou de mouvoir nos mains, nos doigts, nos pieds, notre tronc pour; par exemple, marcher, rouler à vélo, faire du ski, dactylographier, écrire ou danser et permet de reproduire tout cela aisément. En activité durant les heures d'éveil, le sens kinesthésique fonctionne automatiquement et bien qu'on en soit habituellement inconscient, on peut en accroître la conscience.

Fermez les yeux et voyez avec quel degré de précision vous pouvez décrire la position actuelle de votre corps. Remarquez, par exemple, l'angle que forme votre bras droit. La paume de votre main est-elle tournée vers le haut ou vers le bas? Votre pied gauche est-il tourné vers l'extérieur ou vers l'intérieur? Dans quelle direction votre tête s'incline-t-elle? Vous pouvez aussi demander à un ami de «sculpter» votre corps dans une position différente: voyez si vous pouvez exactement vous représenter où et comment il a placé chaque membre. La prochaine fois que vous vous asseyez pour écrire ou manger – une procédure qui se fait automatiquement et qui est enregistrée dans la mémoire implicite – essayez de le faire différemment. Tenez le stylo ou la fourchette d'une autre manière ou avec l'autre main. Pouvez-vous maintenant simplement écrire ou manger sans penser à ce que vous faites? Vous n'en serez probablement pas capable. Si un tel comportement n'est pas enregistré dans votre mémoire implicite, le réaliser dépendra de vos efforts conscients.

La somesthésie

C'est la somesthésie, appelée aussi «sensibilité du corps» qui enregistre les informations des différents récepteurs sensoriels internes² du corps et nous donne des informations sur le rythme cardiaque, la respiration, la douleur, la température interne, les sensations viscérales et la tension musculaire. Ressentir une douleur à l'estomac ou avoir le trac sont des sensations internes familières. Une intuition provenant d'une réaction viscérale est un bel exemple du résultat de la perception des récepteurs sensoriels internes. C'est grâce à ce sens que nous pouvons identifier et nommer nos émotions. À chaque émotion fondamentale – la crainte, la colère, la honte, la tristesse, l'intérêt, la frustration ou la joie – correspond une série de sensations corporelles spécifiques, stimulées par une activité définie dans le cerveau. Cette biologie de l'émotion dans le corps et le cerveau est appelée affect.

2. Pour information, voici quelques récepteurs sensoriels répertoriés selon le type de stimulus auxquels ils répondent: chimiorécepteurs, mécanorécepteurs, thermorécepteurs, photorécepteurs, barorécepteurs, osmorécepteurs, nocicepteurs, hydrorécepteurs. (Note de Marie Schils)

Pouvez-vous déterminer le rythme de votre cœur sans prendre vos pulsations? Pouvez-vous ressentir votre respiration – où elle se situe et son amplitude? Où, dans votre corps, vous sentez-vous relaxé ou tendu maintenant? Essayez à nouveau de manger ou d'écrire avec votre main inhabituelle. Notez vos réactions viscérales et tout changement dans la tension de vos muscles. Vous sentez-vous mal à l'aise quelque part? La tension de votre bras ou de vos épaules a-t-elle été modifiée? C'est la somesthésie qui vous avertit du moindre changement dans la procédure normale. Maintenant, revenez à la procédure normale pour écrire ou manger et notez si vous ressentez un apaisement de votre système d'alarme interne. Souvenez-vous de la dernière fois où vous vous êtes senti gêné. Avez-vous rougi? Et si on parle de la colère: vos épaules se tendent-elles?

Les informations des récepteurs sensoriels internes sont le fondement de la théorie sur les marqueurs somatiques du neurologue Antonio Damasio. Il suggère que l'expérience des émotions résulte des sensations corporelles qui sont suscitées en réponse à différents stimuli. Ces sensations et les émotions y afférentes sont encodées et enregistrées en tant que souvenirs implicites et associées aux stimuli qui les ont provoquées (conditionnement classique). Le souvenir de ces émotions et sensations peut être déclenché plus tard, en rappel, quand des stimuli similaires sont présents, bien que l'on ne puisse pas nécessairement se souvenir de leur origine (Damasio, 1994). Par exemple, si quelqu'un, en mangeant quelque chose, devient malade, il pourra ressentir une plus ou moins forte nausée la prochaine fois qu'il verra, sentira ou se verra servir ce même aliment. Après un certain temps, la forte réaction s'effacera probablement de sa mémoire, mais il peut très bien continuer à ressentir une aversion automatique envers cet aliment, oubliant même, peut-être, l'origine de son malaise: «Oh! Non merci, je ne mange jamais de cela. Je ne l'aime tout simplement pas!». La théorie des marqueurs somatiques de Damasio sera examinée dans la dernière partie de ce chapitre.

Le sens vestibulaire

Le sens vestibulaire nous indique quand nous sommes en position debout par rapport à la gravité terrestre. Localisé dans l'oreille interne, ce sens peut, lorsqu'il est perturbé, provoquer des accès de vertiges, des sensations bizarres dans la tête, le mal des transports ou une perte d'équilibre. Une personne qui a ce sens particulièrement développé peut sentir les plus petites variétés de mouvement. En vol, par exemple, une telle personne remarquera la plus infime inclinaison de l'avion ou le moindre virage que d'autres ne noteront qu'en regardant par le hublot.

Beaucoup de parcs d'amusement ont une attraction qui trompe l'habituelle collaboration entre la vue et le sens vestibulaire. Dans ce genre d'attraction, lorsqu'on marche dans le bâtiment stationnaire, il est impossible de garder l'équilibre. Il est impératif de se tenir aux balustrades pour éviter de tomber. Les guides expliquent que c'est parce que la maison est bâtie sur un site où la gravité est différente, bien

qu'eux-mêmes ne semblent avoir aucune difficulté à surmonter cette difficulté. Le secret de telles attractions réside dans le fait que la construction, en apparence normale, est réalisée en réalité de biais. Le sol, le toit, les murs sont inclinés de 20 ou 30 degrés. Les tables, les chaises, les tableaux, etc., sont également fixés en respectant le même angle. Les yeux ouverts, une personne normale compte sur les signaux visuels pour déterminer la direction de la gravité. Dans ce cas-ci, cela provoque un peu de confusion. On essaie de s'aligner avec ce que l'on voit. Cependant, les yeux fermés, le sens vestibulaire va entrer en action, indiquant où se trouve le haut. Les guides ont appris à suivre l'information du sens vestibulaire et c'est ce qui leur permet de rester debout mais il n'est bien entendu jamais suggéré aux visiteurs d'essayer; car cela gâcherait toute l'attraction.

2.2 La mémoire somatique et les sens

La recherche sur les bases de la mémoire somatique en général et de la mémoire traumatique en particulier s'intéresse à chacun des sens énumérés ci-dessus. Les premières impressions d'une expérience nous parviennent habituellement par nos sens – qu'ils soient intéroceptifs ou extéroceptifs. Ces impressions ne sont pas encodées avec des mots, mais bien plutôt comme les sensations somatiques qu'elles sont: odeurs, visions, contacts, goûts, bruits, position, séquençage comportemental, réactions viscérales.

Le souvenir d'un événement, enregistré dans la mémoire implicite comme une succession de sensations, peut être suscité si des données sensorielles similaires sont reproduites (restitution de souvenirs dépendants d'un état interne). Nous en trouvons beaucoup d'exemples dans la vie de tous les jours. Quasiment tout le monde a expérimenté une fois ou l'autre des rappels de mémoire sensoriels déclenchés par une chanson, un goût ou une odeur: «Oh! Ça alors! Je n'avais plus pensé à cela depuis des années!». Que ce soit positif ou négatif, cela arrive couramment.

2.3 La mémoire sensorielle et l'événement traumatique

La mémoire sensorielle est indispensable pour comprendre comment sont enregistrés les événements traumatiques – ou, comme dirait Bessel van der Kolk (1994) comment «Le corps garde l'empreinte». Les souvenirs d'événements traumatiques peuvent être encodés exactement comme d'autres souvenirs, de façon explicite et implicite. De manière typique cependant, il manque aux personnes souffrant de SPT et du SSPT l'information explicite leur permettant de donner un sens à leurs symptômes somatiques pénibles – sensations corporelles – dont la plupart sont des souvenirs implicites du trauma. L'information qui manque varie: pour certains, ce sera un fait ou des faits particuliers oubliés; pour d'autres, il peut s'agir d'une clé, le «Eurêka!» qui assemble des faits en un tout qui a du sens. Un des buts de la thérapie des traumatismes est d'aider ces personnes à comprendre leurs sensations corporelles. Elles doivent d'abord

les ressentir et les identifier au niveau du corps. Ensuite, elles doivent utiliser le langage pour les nommer et les décrire, expliquant quelle signification elles donnent à ces sensations dans leur vie actuelle. Parfois, mais pas toujours, il devient alors possible d'éclairer la relation existant entre les sensations et l'incident traumatique.

Le phénomène des réminiscences (flash-back) est une des difficultés rencontrées dans les cas de SSPT. Il implique des répétitions fortement dérangeantes de souvenirs sensoriels implicites d'événements traumatiques, assortis ou non de rappels explicites. Les sensations qui les accompagnent sont si intenses que la personne qui en souffre est incapable de faire la distinction entre la réalité présente et le passé. C'est comme si cela se passait maintenant. (Le chapitre 6 propose des outils susceptibles d'aider les patients à utiliser leur conscience sensorielle pour distinguer la réalité du moment et celle, passée, de leurs souvenirs. Quant au chapitre 7, il offre un protocole pour stopper un flash-back.)

Un flash-back peut être déclenché par le système extéroceptif ou intéroceptif ou les deux à la fois. Il peut s'agir de quelque chose qui est vu, entendu, goûté ou senti, qui sert de rappel et qui déclenche le flash-back. Cela peut tout aussi bien être une sensation émanant de l'intérieur du corps. Les messages sensoriels en provenance des muscles et du tissu conjonctif qui se souviennent d'une position particulière, d'une action ou d'une intention de mouvement peuvent être à l'origine d'un déclencheur: il n'est pas rare, par exemple, qu'une femme qui a été violée puisse faire l'amour avec son mari, excepté dans une position qui lui rappelle le viol. Même un état interne suscité pendant un événement traumatique, par exemple un rythme cardiaque accéléré, peut être un déclencheur: C'est pour cette raison que certains individus souffrant du SSPT ne supportent pas bien les exercices d'aérobic. Le rythme cardiaque accéléré et la respiration plus élevée peuvent être d'implicites rappels du rythme cardiaque accéléré et de la respiration plus rapide qui ont accompagné la terreur ressentie lors de l'événement traumatique. Le rythme cardiaque accéléré causé par des stimulants se trouvant dans le café, le thé, le cola ou le chocolat noir peut aussi être problématique pour certains. L'extrait suivant du cas de Charlie est une illustration de déclencheurs de souvenirs dépendants d'un état interne.

3 Charlie et le chien, 2^e partie

Charlie attira mon attention d'une voix étranglée. Je me tournai vers lui et le vis, assis sur un coussin à même le sol, à ma droite, saisi d'épouvante. Son corps était complètement raide – les bras rivés à ses côtés, les jambes étendues vers l'avant – et c'est à peine s'il pouvait parler: Ruff était calmement allongé à côté de lui, la tête sur son genou. Il réussit à dire : «Je suis en grande détresse. J'ai terriblement peur des chiens». J'ai demandé s'il pouvait éloigner Ruff ou s'éloigner lui-même, mais j'ai pu constater que cela lui était impossible. Charlie était littéralement et visiblement pétrifié (immobilité tonique). Avec l'aide d'un membre du groupe, j'ai

pu faire en sorte que Ruff soit éloigné de Charlie. Ce dernier restait cependant figé sur place. Plus tard, pendant l'intervention thérapeutique (qui sera décrite au chapitre 8), alors que nous parlions de ce qui venait de se produire, Charlie était convaincu que Ruff avait la gueule sur sa cuisse (là où il avait été précédemment mordu), pas sur son genou. En fait, il fut stupéfait d'apprendre que Ruff avait juste posé la tête sur son genou. La réaction de Charlie avait été déclenchée par les stimuli extéroceptifs du toucher et de la vue. Le contact de Ruff avec la jambe droite de Charlie, combiné avec ce qu'il avait entrevu dans son champ visuel périphérique droit, furent une réminiscence suffisante de sa précédente rencontre traumatisante pour déclencher l'état traumatique de Charlie. Son corps s'était instantanément souvenu de l'attaque.

Cet exemple illustre le rappel dépendant d'un état interne ramené à la mémoire par des conditions ayant un rapport avec cet état spécifique. Étonnamment, Charlie était un habitué de ce centre de retraite et avait plusieurs fois rencontré Ruff sans problème, bien qu'il l'évitât. Ce rappel n'avait jamais été déclenché auparavant parce que la bonne combinaison de stimuli ne s'était jamais présentée.

4 Le système nerveux végétatif: l'hyperstimulation et les réactions de lutte, de fuite et de figement

Le système limbique du cerveau pourrait être appelé le «centre de survie». Il réagit au stress extrême, à l'incident traumatisque, à la menace, en actionnant l'axe HHS³, ce qui libère des hormones indiquant au corps de se préparer à l'action défensive. L'hypothalamus active la branche sympathique (SNS) du système nerveux végétatif (SNV), l'amenant à un état d'extrême stimulation qui prépare le corps à la lutte ou à la fuite. Dès que l'adrénaline et la noradrénaline entrent en action, la respiration et le rythme cardiaque s'accélèrent, la peau pâlit à mesure que le sang en est retiré au profit des muscles, préparant le corps en vue de mouvements rapides. Dans le cas où ni la lutte ni la fuite ne sont perçues comme possibles, le système limbique ordonne la stimulation intensive et simultanée de la branche parasympathique (SNP) du SNV, dont l'issue est l'immobilité tonique (hypo ou hyper) (parfois appelée «figement») – comme une souris qui fait la morte (mollesse) ou une grenouille ou un oiseau qui se fige (raideur) (Gallup & Maser, 1977).

En cas de SSPT, la sécrétion de cortisol n'est pas suffisante pour stopper la réaction d'alarme. Le cerveau persiste à réagir comme s'il y avait encore un stress, un trauma ou une menace. À l'heure actuelle, nul ne sait quel est le premier élément moteur: une perception mentale de menace prolongée ou une insuffisance de cortisol. Le résultat est cependant le même: le système limbique continue à ordonner à l'hypothalamus d'activer le SNV, persistant à préparer le corps à la lutte ou la fuite, ou à faire le mort

3. Pour rappel, l'axe hypothalamo-hypophysaire surrénalien (voir figure 2 au chapitre 1) (NDLT)

et ce, bien que l'événement traumatique véritable soit terminé, depuis des années peut-être. Les gens qui souffrent du SSPT vivent avec l'activation chronique du SNV – hyperstimulation – dans leur corps, entraînant des symptômes physiques qui sont à la base de l'anxiété, de la panique, de la faiblesse, de l'épuisement, de la raideur des muscles, de problèmes de concentration et de troubles du sommeil.

Dans ce processus, ce qui est activé initialement au service de la survie devient débilitant en perdurant. Lors d'un événement traumatique, le cerveau avertit le corps d'une menace. Dans le cas du SSPT, le cerveau persiste à avertir sans arrêt du même danger, poussant le SNV à réagir défensivement par la lutte, la fuite ou le figement. Ces réactions – qui furent, à l'origine, des réactions de protection (tachycardie, pâleur de la peau, sueurs froides, etc.) si nécessaires pour la défense – se transforment en pénibles symptômes invalidants. Dans l'expérience du chien de Pavlov, un stimulus, neutre à l'origine (la cloche), fut associé à la nourriture et devint capable de provoquer une réponse physiologique normale à la vue de celle-ci (la salivation). Avec le SSPT, la même chose se produit. Des objets, des sons, des couleurs, des mouvements, etc., qui peuvent être par ailleurs des stimuli neutres, insignifiants, sont associés par conditionnement classique à un incident traumatique, provoquant une hyperstimulation traumatique. Ces stimuli deviennent alors des déclencheurs externes, perçus intérieurement comme dangereux. La confusion s'installe lorsque l'environnement extérieur, sécuritaire, ne coïncide pas avec l'expérience intérieure du danger. Les symptômes peuvent devenir chroniques ou être brusquement déclenchés de façon intense. Enrayer ce processus continu ou récurrent est une étape importante dans le traitement du SSPT.

Dans des circonstances normales, les branches sympathique et parasympathique du SNV⁴ fonctionnent en équilibre l'une avec l'autre (voir le tableau I ci-après). Le sympathique est tout d'abord activé en état de stress, positif ou négatif. Le parasympathique, quant à lui, est en activité dans les états de relaxation, de plaisir, d'excitation sexuelle et autres. Les deux branches sont toujours en activité; cependant, lorsque l'une d'entre elles est prédominante l'autre travaille peu, comme les plateaux d'une balance: lorsque l'un s'élève l'autre s'abaisse. En d'autres termes, dans des circonstances normales, les deux branches du SNV dansent constamment en équilibre complémentaire (Bloch, 1985).

4. La partie du SNV qui contrôle le système digestif est le système nerveux entérique. (Note de Marie Schils)

Tableau 1. Système nerveux végétatif (muscles lisses, involontaires)

BRANCHE SYMPATHIQUE	BRANCHE PARASYMPATHIQUE
Est active durant les états de stress positifs ou négatifs, y compris l'orgasme, la rage, le désespoir; la terreur; l'anxiété/la panique, le traumatisme	Est active durant le repos et la relaxation, l'excitation sexuelle, le bonheur; la colère, la peine, la tristesse
<p>Effets sensibles</p> Respiration rapide Tachycardie Augmentation de la tension artérielle Dilatation des pupilles Pâleur de la peau Sudation plus forte Froideur de la peau (possible moiteur) Diminution des fonctions digestives (et du péristaltisme)	<p>Effets sensibles</p> Respiration plus ample et plus lente Bradycardie Baisse de la tension artérielle Constriction des pupilles Couleur rose ou rouge de la peau Peau sèche au toucher (habituellement chaude) Augmentation des fonctions digestives (et du péristaltisme)
<p>Pendant un événement traumatique réel OU pendant un flash-back (visuel, auditif et/ou sensoriel)</p> Prépare le corps aux mouvements rapides, conduisant à un possible réflexe de lutte ou de fuite	<p>Pendant un événement traumatique réel OU pendant un flash-back (visuel, auditif et/ou sensoriel)</p> Peut s'activer de façon concurrentielle à l'activation du sympathique tout en masquant ce dernier; conduisant à l'immobilité tonique (hypo ou hyper); le réflexe de figement. Cette phase est marquée par des signes simultanés de grande activation du sympathique et du parasympathique

Le scénario suivant illustre l'équilibre interactif du SNS et du SNP:

Vous dormez paisiblement; le SNP est activé alors que le SNS est inactif. Vous vous réveillez alors, pour découvrir que vous avez mal réglé votre réveil et que vous avez déjà une heure de retard pour le boulot. Le SNS s'active en flèche; votre rythme cardiaque s'accélère, vous êtes instantanément en état d'alerte, éveillé. Vos mouvements sont rapides: vous vous douchez, vous vous habillez, vous bondissez dans votre voiture, vous accélérez pour vous retrouver sur la route. Lorsque vous arrivez au premier coin de rue, vous remarquez l'heure au clocher de l'église et réalisez que c'était ce week-end que l'on passait à l'heure d'hiver, que les horloges ont reculé d'une heure et que, dès lors, vous n'êtes nullement en retard. Le SNS

baisse son activité tandis que le SNP augmente. Le rythme cardiaque diminue, vous respirez plus facilement et continuez votre trajet plus calmement. Cependant, une fois arrivé au travail, vous vous apercevez que vous avez fixé deux rendez-vous à la même première heure et que vous avez à vous occuper de deux patients courroucés. À nouveau, le SNS s'accélère, et le SNP diminue...

Et ainsi se déroule une journée habituelle, avec ce mouvement de va et vient entre le SNS et le SNP qui permet de répondre à la variété des sollicitations et du stress, inhérents à une journée typique de la vie ordinaire.

Cependant, quelque chose de très différent survient sous une forme extrême de stress, le stress traumatique. D'abord, le système limbique ordonne au SNS de préparer le corps à la lutte ou à la fuite. Mais, si cela n'est pas possible – par manque de temps, de force et/ou de résistance – le système limbique commande au corps de se figer.

Le cas le plus couramment observé est celui de la souris qui fait la morte lorsqu'elle est attrapée par un chat. Cette image est d'une grande utilité pour beaucoup de personnes souffrant du SSPT qui se sont figées devant une menace mortelle, car elles peuvent établir un lien avec le dilemme de la souris ainsi qu'avec sa réponse physiologique. Instinctivement, une souris fuit si son système limbique estime qu'elle peut s'échapper. Chez tout animal confronté à une menace, le SNS s'active radicalement de façon à pouvoir satisfaire le besoin de lutter ou de fuir. Si, malgré tout, la souris est piégée ou que, durant sa tentative de fuite, le chat l'attrape, la souris feindra la mort. Elle perdra tout tonus musculaire, sera comme une poupée de chiffon. Vraisemblablement, d'après Gordon Gallup (1977) et Peter Levine (1992, 1997), le mécanisme qui sous-tend cette réponse hypotonique, l'*immobilité tonique*, résulte d'un déséquilibre inhabituel dans le SNV. En cette circonstance exceptionnelle, le SNS continue à fonctionner alors que, simultanément, le SNP se déclenche brutalement, masquant l'activité du SNS et produisant la feinte de la mort chez la souris. Ceci se fait pour diverses raisons évolutionnistes, notamment celle qui table sur la probabilité que le chat perdra tout intérêt pour la souris (les félinés ne mangent pas de cadavres sauf s'ils sont affamés), lui fournissant la possibilité de s'échapper. L'analgésie est également une fonction importante de l'*immobilité tonique*, en engourdisant le corps et l'esprit. Si le chat mange la souris alors qu'elle gît comme morte, la douleur sera grandement diminuée (Gallup & Maser, 1977 ; Levine, 1992, 1997).

Il semblerait que quelque chose de similaire arrive aux humains en danger de mort. Des entretiens avec des personnes tombées de très haut ou ayant été lacérées par des animaux et ayant survécu révèlent qu'elles ont eu tendance à partir dans une sorte d'état de conscience modifié dans lequel elles ne ressentaient ni peur ni douleur. Le viol en est un autre exemple primordial. Il est typique, pour les victimes de viol, de devenir à un moment donné littéralement incapables de résister. Le corps devient flasque et beaucoup racontent avoir été, pendant ce temps, dans un état modifié de conscience. Beaucoup de victimes de viol souffrent d'une honte et d'une culpabilité épouvantables à cause de cela. C'est exaspérant de continuer à entendre que des

cas de viols sont déboutés au tribunal sous prétexte que les victimes ne se sont pas défendues. «Faire le mort» et être incapable de se défendre sont de fréquentes réactions à la violence physique comme celle rencontrée dans le viol et la torture (Suarez & Gallup, 1979). La manière dont nous répondons instinctivement, par réflexe, à une situation potentiellement mortelle dépend de beaucoup de facteurs, y compris de nos propres instincts et de nos ressources physiques et psychologiques. Bruce Perry et ses collègues (1995) ont émis la théorie selon laquelle les hommes réagissaient plus souvent à la menace par la lutte ou la fuite, tandis que les femmes et les enfants se figeaient ou «faisaient le mort» plus souvent. Leur théorie a du sens car les hommes ont souvent davantage de ressources physiques – ils sont constitutionnellement plus forts, plus rapides et plus agiles – que les femmes et les enfants. En outre, cela pourrait être dû à un comportement appris, car les hommes et les femmes sont conditionnés pour répondre différemment au danger: Voilà un autre sujet intéressant pour la recherche. (*Charlie s'évanouit lorsqu'il fut attaqué. On ignore actuellement si l'évanouissement est une forme d'immobilité tonique, mais c'est vraisemblablement une conséquence d'un SNV submergé.*)

Comprendre le fonctionnement du SNV aide à expliquer la vulnérabilité au stress des personnes atteintes du SSPT. Le SSPT est caractérisé en partie par l'hyperstimulation chronique du SNV. Le système est donc stressé en permanence. Une personne dont le SNV est normalement équilibré sera capable de fluctuer entre les différents niveaux de stimulation. Quand un nouveau stress se présente, la stimulation du SNS passe de peu ou pas d'excitation à une excitation plus forte, puis retombe à nouveau quand le stress a été géré. Pour les personnes souffrant de SSPT, le tableau est tout autre: lorsque le SNS est constamment hyperstimulé, l'ajout d'un nouveau stress le fait grimper en flèche encore plus haut; le sommet est alors dépassé ce qui les fait se sentir submergées. Beaucoup de personnes qui souffrent de SSPT sont coutumières du fait et se demandent pourquoi elles ne peuvent composer avec le stress de tous les jours comme tout un chacun ou comme elles étaient capables de le faire avant.

5 Le système nerveux somatique et les muscles, le mouvement et la mémoire kinesthésique

Le système nerveux somatique (SNSom) commande les mouvements volontaires réalisés grâce à la contraction des muscles du squelette. Il est essentiel de comprendre la fonction du SNSom afin de saisir le mécanisme par lequel on peut se souvenir implicitement des événements grâce à l'encodage de la position corporelle et du mouvement.

À la base, la seule chose qu'un muscle puisse faire activement, c'est uniquement se contracter: Un muscle se contracte lorsqu'il en reçoit l'impulsion en provenance du nerf qui l'innervé. Les impulsions de contraction des muscles viscéraux sont principalement transmises par les nerfs du système nerveux végétatif (SNV). Quant aux impulsions de

contraction des muscles squelettiques, elles sont acheminées par les nerfs du SNSom. Tant et aussi longtemps qu'un muscle continue de recevoir des impulsions nerveuses, il continue de se contracter. Lorsqu'on soulève un objet lourd, par exemple, plusieurs muscles sont stimulés pour se contracter et restent contractés jusqu'à ce que l'objet soit déposé. La tension musculaire est un processus actif qui consiste en la contraction chronique de certains muscles. La relaxation, habituellement envisagée comme un processus actif «Allez! Relaxe-toi!», est en fait un état passif au niveau musculaire. C'est l'absence d'impulsions nerveuses, la non contraction.

Pour bouger n'importe quelle partie du corps, dans n'importe quel sens, il est nécessaire de contracter au moins un muscle squelettique.

Regardez la paume de votre main gauche. Essayez d'éloigner votre petit doigt gauche des autres doigts de cette main sans bouger le reste de la main ou les autres doigts.

Ce simple mouvement est accompli grâce à une impulsion nerveuse, déclenchée par les mots de la phrase précédente. L'impulsion est transmise à partir du cerveau tout le long du nerf du cubitus et provoque la contraction du muscle petit abducteur du petit doigt de la main gauche, ce qui a pour résultat d'éloigner le petit doigt des autres doigts. Quand le petit doigt n'est pas délibérément placé sur le côté, il revient contre les autres doigts. Ce petit mouvement est en fait provoqué par la non contraction (la relaxation) de l'abducteur du petit doigt.

La plupart des mouvements corporels sont beaucoup plus complexes, réalisés grâce à de multiples contractions musculaires simultanées et/ou consécutives, et de non contractions.

Essayez à présent de bouger, au ralenti, votre index droit afin de toucher votre nez.

Ce mouvement tout simple est en réalité le résultat de plusieurs contractions musculaires, certaines consécutives, d'autres simultanées, et de non contractions. Des muscles spécifiques sont stimulés à se contracter de façon à diriger le doigt, fermer la main, la tourner, plier le coude et lever le bras. En même temps, d'autres muscles doivent rester relâchés afin de permettre au bras de se plier et au coude de s'éloigner du corps. Tous ces mouvements sont nécessaires pour réaliser ce qui apparaît comme un mouvement unique et tout simple: se toucher le nez avec l'index. C'est le système nerveux somatique qui commande le mouvement et le sens kinesthésique qui lui assure sa précision.

C'est grâce au SNSom que les attitudes, les mouvements et les processus physiques sont possibles. C'est par les nerfs intéroceptifs et proprioceptifs qu'ils sont perçus. Pour qu'un mouvement soit encodé et enregistré comme souvenir implicite, les deux catégories de nerfs sont nécessaires. Les nerfs somatiques sont à l'origine du

mouvement tandis que les nerfs intéroceptifs nous en donnent la sensation. C'est le système intéroceptif qui nous aide à faire le mouvement adéquatement, même lorsque nous ne prêtons pas attention à ce que nous faisons.

Pour qu'une nouvelle façon de faire, un mouvement ou un comportement restent gravés dans notre mémoire, les nerfs proprioceptifs des muscles, des tendons et des tissus conjonctifs du squelette (les ligaments et les fascias) transmettent au cerveau l'information sur la position, la posture et l'action via les nerfs afférents. Pour que l'on se souvienne d'une ancienne procédure, d'un ancien mouvement ou comportement et que l'on puisse l'utiliser, ces mêmes schèmes doivent être activés et relayés via les nerfs efférents, grâce au SNSom et au système proprioceptif, vers les muscles appropriés et les tissus conjonctifs. Le SNSom provoque la contraction des muscles nécessaires à la finalité du mouvement. Les nerfs proprioceptifs donnent un retour sur la justesse du mouvement.

Quand nous apprenons un nouveau type de comportement, les images liées à cette expérience d'apprentissage (qu'elle soit positive ou négative) peuvent être enregistrées simultanément. Lorsque le même type de comportement est reproduit, ces images peuvent parfois revenir aussi à la mémoire.

Avez-vous jamais expliqué à un enfant comment lacer ses souliers ? Je l'ai fait il y a quelque temps et me rappelle en avoir été quelque peu exaspérée. Je laçais mes souliers depuis belle lurette, c'était devenu un acte complètement automatique. Cela me prit quelques minutes, simplement pour savoir comment je procédais, et quelques autres encore afin d'être capable d'enseigner la manœuvre à ma jeune amie. Je m'efforçais de décrire simplement ce qui était devenu, pour mes doigts, complètement machinal. Dès que la façon de faire me parut explicable, j'ai dû en ralentir le séquençage et la scinder en petites étapes accessibles à l'enfant. Depuis des années, sans y penser, chaque main « savait » quel lacet prendre, de quelle manière l'une devait tourner autour de l'autre, etc. Ce fut un défi de savoir avec précision ce que je faisais et ensuite, de l'expliquer. Il m'est arrivé de me sentir confuse et, au beau milieu de tout cela, j'ai eu des flashes me remémorant mon père m'expliquant comment lacer mes chaussures, exactement de la même façon. Ces images étaient-elles ramenées par la situation, le thème, la reproduction des mouvements, ou une combinaison de tous ces éléments ? Finalement, je réussis à expliquer la procédure, démonstration au ralenti à l'appui. Ma jeune amie regardait avec beaucoup d'intérêt chacun de mes mouvements et essayait de les reproduire. Pour elle, bien sûr, c'était nouveau et elle fit plusieurs essais avant de réussir à avoir ses chaussures fermement lacées. Elle a dû se concentrer intensément sur ce que faisaient ses doigts à chaque étape du processus. La semaine suivante, elle possédait la chose parfaitement. Cette expérience m'a donné à réfléchir : je me demande si quelques-unes de ces images de moi lui apprenant à lacer ses chaussures lui reviendront lorsqu'elle se trouvera, adulte, occupée à enseigner la même chose à un enfant. Est-ce que le fait de refaire ces mêmes mouvements lui ramènera mon souvenir à la mémoire ?

5.1 Les incidents traumatisques, les réactions de défense et le système nerveux somatique

Entre autres choses, le système nerveux végétatif retire le flux sanguin des viscères et de la peau pour l'envoyer vers les muscles pour la durée de la lutte, de la fuite ou du figement. C'est le système nerveux somatique qui ordonne à la musculature d'exécuter cette réponse. Sans mouvements musculaires rapides et puissants contrôlés par lui, il n'y aurait ni lutte ni fuite possibles. La réponse de figement ou immobilité tonique serait, elle aussi, impossible sans lui.

Le comportement défensif peut être instinctif ou appris, par leçons ou conditionnement. Même des réflexes de défense habituellement instinctifs doivent parfois être enseignés. Par exemple, certains enfants prématurés n'auront pas le réflexe de chute, mais beaucoup pourront apprendre à étendre bras et mains pour l'amortir. Dans de tels cas, les impulsions nerveuses spécifiques doivent être entraînées à répondre automatiquement au moment de la chute.

D'autres types d'entraînements peuvent faciliter les réactions lors de certains incidents traumatisques ou stressants et augmenter ainsi la confiance en soi. Par exemple, beaucoup d'hommes et de femmes ayant subi une agression ou un viol ont bénéficié avec succès de cours d'autodéfense, ce qui a réveillé en eux des réactions normales de lutte et leur a enseigné de nouvelles stratégies de protection. L'entraînement à l'autodéfense s'opère par l'apprentissage répété de mouvements de défense, construisant des modèles synaptiques qui se manifesteront spontanément en cas de menace.

La sécurité dans les écoles et sur les lieux de travail dépend également de l'apprentissage de réactions et de comportements automatiques. Différents types d'entraînements pour faire face aux incendies et aux tremblements de terre, par exemple, évitent la panique grâce à la répétition d'actions précises (où aller, que faire) et parfois de mouvements spécifiques (plonger sous un bureau).

Ici aussi le conditionnement opérant joue un rôle. Les réponses de lutte, de fuite ou de figement ne sont pas seulement instinctives; elles sont renforcées ou affaiblies selon qu'elles ont été utilisées concrètement avec ou sans succès. Lorsqu'un comportement de défense réussit, il s'enregistre comme étant efficace, augmentant ainsi la chance qu'il soit réutilisé en situation de danger. De la même manière, si une stratégie de défense échoue, la probabilité qu'elle se voie répétée diminue. Par exemple, si un gamin est harcelé par un groupe de petites brutes et parvient à se défendre avec succès, il adoptera plus facilement, une fois adulte, une position de défense s'il est menacé. Si, par contre, il est submergé par les petites frappes en question, et qu'il entre en outre en immobilité tonique, il reproduira plus volontiers ce type de comportement s'il est menacé en tant qu'adulte. Un comportement ne doit pas nécessairement se reproduire pour être encodé et enregistré. Des comportements associés à des incidents traumatisques peuvent être instantanément enregistrés par le biais du SN-Som. Dans certains cas, il suffit d'un seul incident traumatisque où un comportement défensif est impossible à réaliser ou bien échoue, pour qu'il soit effacé du répertoire

des comportements de protection d'un individu. (Voir le cas de Daniel, p. 96, qui donne un exemple de mise en pratique d'une répétition d'un comportement comme ressource dans une séance de thérapie. La conclusion de la thérapie de Charlie (pp. 178-180) illustre également ce principe.)

5.2 **La restitution des souvenirs traumatiques et le système nerveux somatique**

Vous êtes dans votre salon et vous désirez quelque chose. Vous arrivez dans la cuisine et là ... «Pourquoi donc suis-je venu ici?». Vous vous grattez la tête, vous pestez, vous ne pouvez vous en souvenir. Vous vous creusez les méninges en vain. Vous retournez à l'endroit d'où a jailli votre intention, persuadé que la position assise dans laquelle vous vous trouviez à ce moment précis vous aidera à vous souvenir... ÇA Y EST!

Cette stratégie de rappel ne fonctionne pas toujours, mais suffisamment souvent cependant pour que beaucoup y recourent. Qu'est-ce qui peut bien se passer qui aide à se rappeler une idée lorsqu'on reprend la position particulière que l'on avait au moment où cette idée a germé? L'exemple ci-dessus représente une application pratique du concept des souvenirs dépendant d'un état physiologique interne. Comme il a été expliqué précédemment, la théorie des souvenirs dépendant d'un état interne considère que le fait de retourner à l'endroit où une brique d'information a été encodée permet de retrouver cette information. Bien qu'habituellement examinée en référence à des états physiologiques internes, la restitution des souvenirs dépendant d'un état interne se rapporte plus souvent à des postures physiques.

La restitution de souvenirs dépendants d'un état interne peut parfois être suscitée par le SNSom quand on adopte, délibérément ou par inadvertance, une position propre à une situation traumatique. S'agissant d'un acte délibéré, il peut aider la mémoire à se rappeler et/ou à rétablir des ressources comportementales. Reproduire les mouvements impliqués dans une chute ou un accident de voiture peut souvent permettre cela. Par contre, lorsque des souvenirs liés à un état intérieur remontent de façon inattendue, cela peut être bouleversant.

Une femme dans la trentaine suivait une thérapie à cause d'un épisode de panique qui était apparu alors qu'elle faisait l'amour avec son mari. Son bras s'était trouvé accidentellement coincé sous elle dans une position douloureuse, lui remémorant des souvenirs d'un viol qu'elle croyait avoir oublié depuis longtemps. Le violeur lui avait coincé le même bras dans la même position.

Souvent, les mouvements provoqués par le SNSom sont utilisés intentionnellement pour faciliter la restitution de souvenirs liés à un état interne. Approfondir les

nuances d'un mouvement peut aussi être d'une grande utilité. Le cas suivant illustre bien comment le fait de se focaliser sur un mouvement en apparence insignifiant offre la possibilité de résoudre un traumatisme.

La petite fille de Carla est morte 4 ans auparavant, à l'âge de 3 ans. Carla est devenue obsédée par l'horreur de la maladie, incapable de parler de la mort de son enfant ni de donner un sens à ce deuil. Pendant une séance de thérapie, Carla mentionna une des consultations médicales; elle se souvenait qu'elle avait été particulièrement éprouvante mais ne pouvait se rappeler pourquoi. Alors qu'elle parlait, j'ai remarqué que la tête de Carla opérait de petits mouvements brusques vers la droite. Je le lui fis remarquer. Elle n'en prit conscience qu'à ce moment. Je l'encourageai à développer le mouvement si elle le pouvait. Petit à petit, le mouvement prit de l'ampleur, devenant un évident pivotement de la tête vers la droite. Lorsque la tête se tourna complètement à droite, Carla commença à pleurer. Elle se souvenait maintenant. Lors de cette consultation, elle était assise en face du médecin, mais à sa droite, se trouvait le tableau lumineux de la radiographie qui prédisait le sort réservé à sa fille; elle n'avait pas été capable de le regarder. C'est lors de cette consultation que Carla sut pour la première fois que sa fille ne survivrait pas. Faire cette connexion a été une étape importante pour aider Carla à passer de l'horreur du diagnostic au chagrin de la mort.

Le SNSom joue beaucoup de rôles dans l'expérience du trauma. Il met à exécution des réponses défensives à l'événement traumatique telles que la lutte, la fuite ou le figement grâce à des combinaisons simples et complexes de contractions musculaires ayant pour résultat des positions, des mouvements et des comportements spécifiques. En collaboration avec la proprioception, le SNSom prend part également à l'encodage dans le cerveau des expériences traumatisantes. La restitution de souvenirs somatiques peut surgir quand les mêmes positions, mouvements et comportements sont reproduits, que ce soit accidentellement ou intentionnellement.

6 Les émotions et le corps

Bien qu'elles soient interprétées et nommées par l'esprit, les émotions sont intégralement une expérience du corps. Chaque émotion est différente aux yeux de l'observateur et comporte une expression corporelle différente. Chaque émotion est caractérisée par une configuration spécifique de contractions de muscles squelettiques visibles sur le visage et dans la position corporelle (système nerveux somatique). Chaque émotion se ressent aussi différemment à l'intérieur du corps. Différents types de contractions de muscles viscéraux sont perceptibles en tant que sensations corporelles (somesthésie). Ces sensations sont alors transmises au cerveau par les nerfs proprioceptifs. Ce à quoi ressemble une émotion à l'extérieur du corps se communique aux autres, dans notre environnement, par l'expression

Théorie

du visage et la position corporelle. La façon dont une émotion est ressentie à l'intérieur du corps est une expérience intime. Chaque émotion est, dans une large mesure, le résultat d'une interaction entre les systèmes nerveux sensoriel, végétatif et somatique, interprétée à l'intérieur du cortex cervical.

Ni le français ni l'anglais ne sont très nuancés lorsqu'il s'agit de différencier l'expérience consciente des émotions des sensations corporelles. Le mot « sentir » s'emploie indifféremment pour dire je me sens triste et je sens une boule dans la gorge. Ce n'est peut-être pas fortuit que ce même verbe serve à décrire les deux expériences; c'est peut-être la reconnaissance sémantique que les émotions sont aussi constituées de sensations corporelles. Il existe cependant un moyen de sortir de la confusion pour faire la distinction entre sensations, émotions et affects. Donald Nathanson (1992) résout ce dilemme. Il parle d'affect comme étant l'aspect biologique d'une émotion, tandis que la sensation en est l'expérience consciente. Il est d'avis que la mémoire est indispensable à la création d'une émotion, tandis que les affects et les sensations peuvent exister sans le souvenir d'une expérience antérieure. Que les émotions soient en rapport avec le corps ne devrait pas étonner: Le langage de tous les jours est rempli d'expressions – dans beaucoup de langues – qui reflètent le lien entre émotionnel et corporel, entre psychisme et soma.

Colère:	j'en ai plein le dos
Tristesse:	j'ai un nœud dans la gorge / ça me reste dans la gorge
Dégoût:	il/elle me fait vomir / je ne digère pas cela
Joie:	j'explose de joie
Peur:	j'en ai froid dans le dos / mon sang se fige, se glace
Honte:	je ne peux vous regarder dans les yeux

Il y a aussi une universalité dans les sensations physiques d'une émotion – la façon dont on ressent une émotion dans son corps:

Colère:	tension musculaire, surtout dans les mâchoires et les épaules
Tristesse:	yeux humides, gorge serrée
Dégoût:	nausées
Joie:	respirations profondes, soupirs (de contentement)
Peur:	cœur qui bat la chamade, tremblements
Honte:	chaleur, particulièrement dans le visage

Et des comportements physiques typiques de chaque émotion:

Colère:	hurler, se bagarrer
Tristesse:	pleurer
Dégoût:	se détourner

Joie:	<i>rire</i>
Peur:	<i>fuir, trembler</i>
Honte:	<i>se cacher</i>

Et, bien sûr, beaucoup d'expressions des émotions, du visage et du corps, sont aisément reconnaissables à l'observation, même si certaines sont bien plus subtiles:

Colère:	<i>mâchoires serrées, cou enflé et rouge</i>
Tristesse:	<i>les larmes coulent, les yeux sont rouges</i>
Dégoût:	<i>nez plissé, lèvre supérieure relevée</i>
Joie:	<i>sourire particulier, yeux grands ouverts</i>
Peur:	<i>yeux écarquillés, sourcils relevés, tremblements, pâleur</i>
Honte:	<i>rougeur dans le visage, évitement du regard</i>

Les émotions sont exprimées dès la sortie du ventre de la mère. Le hurlement typique du nouveau-né lors de sa première expiration pourrait être interprété comme une première expression d'émotion. Le répertoire émotionnel du nouveau-né est limité. Au début, il n'est capable que de distinguer entre l'inconfort (il réagit alors par les pleurs ou les cris) et le confort (par le calme). Pendant les premières semaines de vie, son champ d'émotions différenciées est limité. Très vite, cependant, son répertoire s'agrandit, il devient capable de marquer les nuances entre les différentes sensations de confort et d'inconfort.

Il existe plusieurs modèles théoriques de l'émotion. La plupart des modèles répertorient une forme de «colère», de «tristesse», de «peur», de «dégoût», de «joie» et de «honte», même si ce qu'on appelle *affects individuels* fait l'objet de discussions. La façon dont un individu nomme ses propres émotions est certainement sujette à des variations, qui dépendent de la manière dont les émotions ont été étiquetées dans sa famille et sa culture. Cependant, dans ce chapitre, il nous importe peu de savoir comment l'émotion est nommée. Ce qui est important dans ce débat sur le traumatisme et le corps, c'est la manière dont une émotion est ressentie et exprimée de façon non verbale.

6.1 Une sélection parmi les théories de la connexion émotion/corps

Le travail de pionnier de Charles Darwin

Charles Darwin fut le premier scientifique à avoir systématiquement examiné l'universalité de l'émotion et les caractéristiques somatiques de l'expression émotionnelle chez les humains. En 1867, il étudia un groupe international de missionnaires et d'autres personnes qui vivaient dans différentes cultures du monde : Aborigènes, Indiens, Africains, Amérindiens, Chinois, Malais et Sri Lankais (Ceylanais). Il leur posa plusieurs questions

Théorie

dans le but d'établir si différents types d'émotions et leurs expressions visibles étaient constants dans toutes les cultures. Il découvrit que, non seulement il y avait de grands points communs dans toutes les gammes d'émotions dans des cultures qui n'étaient pas en relation ou étaient même isolées, mais qu'en plus, il y avait des points communs dans l'expression somatique de ces émotions (Darwin, 1872 et 1965). Lorsqu'on étudie le travail de Darwin, on ne peut pratiquement pas douter que les émotions aient des manifestations corporelles similaires dans le monde entier.

La théorie des affects selon Tomkins

La théorie des affects de Tomkins a vu le jour en même temps que son premier enfant. Comme il vivait cet événement mémorable, son attention fut attirée par l'explosion émotionnelle du bébé et il fut stupéfait par la similarité d'expression entre les pleurs d'un bébé et ceux d'un adulte. Sous cette impulsion, il élargit son étude de façon à englober l'identification des similarités des expressions émotionnelles à travers les âges. Il s'attacha tout particulièrement à relier chaque affect identifié à une expression physique, notant non seulement les caractéristiques du visage de chacune d'entre elles, mais aussi les modifications de positions corporelles. En 1992, Donald Nathanson poussa les théories de Tomkins quelques étapes plus loin.

Le cerveau émotionnel selon Joseph LeDoux

Les théories de Joseph LeDoux sur la relation entre le corps et les émotions sont très connues et très respectées. Il reconnaît l'interdépendance du cerveau et du corps, ainsi que les expressions corporelles des émotions. Il croit que la fonction évolutionniste des émotions est associée à la fonction de survie de deux façons : par la gestion des environnements dangereux et la continuation de l'espèce par la procréation (LeDoux, 1996).

La théorie des marqueurs somatiques d'Antonio Damasio

Le neurologue Antonio Damasio a étudié le cas de personnes dont certaines régions du cerveau ayant trait à l'émotion avaient été endommagées. Il a pu vérifier que l'émotion est nécessaire à la pensée rationnelle et a découvert en plus que les sensations corporelles donnaient le signal de la conscience des émotions. Damasio (1994) en conclut que, pour être capable de prendre une décision rationnelle, il fallait être capable d'en ressentir les conséquences. Une simple projection d'un jugement cognitif n'est pas suffisante ; seul compte son *ressenti*.

D'après Damasio, une émotion est une constellation de sensations expérimentées à différents niveaux, positifs et négatifs. Elles forment ce qu'il appelle des *marqueurs somatiques* qui sont utilisés pour aider à l'orientation de la prise de décision. C'est-à-dire que les sensations corporelles sous-tendent les émotions et sont à la base de l'évaluation des conséquences, de la prise de direction et de l'identification des priorités.

L'exemple le plus significatif du rôle des marqueurs somatiques se trouve dans les choix «venant des tripes» que les gens font tous les jours.

6.2 Les bases somatiques de l'émotion

L'exercice suivant, en quatre parties, est destiné à offrir une expérience éclairante de ce que l'on entend par bases somatiques de l'émotion.

Premièrement, prenez une minute pour passer en revue les sensations de votre corps à l'instant même. Notez comment se fait votre respiration: où elle se situe, son amplitude. Quelle est la température de votre peau? Est-elle constante partout? Vérifiez votre rythme cardiaque, soit subjectivement soit en prenant votre pouls. Vérifiez la position des épaules: sont-elles relevées? Tombent-elles? Sont-elles voûtées? Sont-elles tendues ou relâchées? Notez les sensations ressenties au niveau de l'estomac. Est-il relâché? Tendu? Avez-vous le trac? Avez-vous faim? Etc. Enfin, notez si vous bougez ou tournez ou encore inclinez votre corps ou une quelconque partie de celui-ci d'une façon particulière.

Deuxièmement, pensez à l'émotion «Colère». Souvenez-vous de la dernière fois où vous avez été en colère. Pouvez-vous ramener quelque chose de ce sentiment? À propos de quoi étiez-vous en colère, et contre qui? Qu'avez-vous dit et/ou pensé? Reste-t-il des vestiges de cette émotion? À nouveau, passez en revue votre respiration, la température de la peau, le rythme cardiaque, la position et la tension des épaules, les sensations au niveau de l'estomac. Prenez également conscience de votre posture, de votre attitude ou de votre comportement. Quelque chose a-t-il changé depuis votre premier tour d'horizon: gestes autonomes, tension musculaire, mouvement?

Troisièmement, souvenez-vous d'un moment où vous vous êtes senti heureux et en sécurité. Où étiez-vous? Que portiez-vous comme vêtements? Avec qui étiez-vous? Remémorez-vous la scène avec autant d'imagerie sensorielle, visuelle et auditive que possible. Que ressentez-vous dans votre corps? Quelque chose a-t-il changé par rapport au sentiment de colère d'avant? La tension de vos muscles est-elle la même? Que dit votre rythme cardiaque? Êtes-vous en train de sourire?

Quatrièmement, rappelez-vous un moment où vous vous êtes senti effrayé. Ne choisissez pas le pire événement traumatique que vous ayez subi, mais quelque chose qui vous a causé une petite frayeur. Qu'est-ce qui vous avait effrayé? Quand vous vous le rappelez maintenant, que se passe-t-il dans votre corps? Respirez-vous différemment? Votre rythme cardiaque a-t-il changé? Vos muscles se sont-ils tendus ou sont-ils devenus flasques? Quelle est la température de vos mains, de vos pieds?

Avant de terminer l'expérience, retournez en pensée au souvenir où vous étiez heureux et en sécurité. Ramenez à la mémoire les images du lieu, de l'activité et des gens qui étaient présents. Maintenant, que ressentez-vous dans votre corps?

6.3 Les émotions et l'événement traumatisque

Colère / Rage

La colère est une émotion de protection de soi. Elle peut consister en un effort pour éviter une blessure ou spécifier une limite. Elle est également la réponse habituelle lorsqu'il y a eu menace, blessure ou peur, ou envers la personne qui en est responsable. La colère peut se muer en rage lorsque la menace est extrême ou lorsque des injonctions comme «Arrête!» ou «Ne fais pas cela!» ne sont pas respectées. Quand la colère ou la rage devient chronique, dans le sillage d'un traumatisme, les difficultés peuvent survenir dans la vie de tous les jours. La colère inappropriée ou mal dirigée peut interférer dans les relations interpersonnelles et la stabilité au travail; provoquer des gens par la colère peut devenir un danger en soi. Combien d'accès de colère provoqués par la conduite des autres automobilistes, par exemple, proviennent-ils d'un caractère irascible dont les racines plongent dans un traumatisme non résolu?

Anxiété / Peur / Terreur

La peur avertit quelqu'un d'un danger ou d'une souffrance potentielle. La peur et l'anxiété sont des émotions courantes chez les personnes souffrant de SPT ou de SSPT. LeDoux (1996) fait la distinction entre les deux. Il est d'avis que la peur est activée par quelque chose dans l'environnement tandis que l'anxiété le serait par quelque chose à l'intérieur de soi. LeDoux perçoit aussi la peur comme étant la force motrice de plusieurs problèmes psychologiques tels que les phobies, les troubles manifestés par l'anxiété et la panique et les troubles obsessionnels compulsifs (toc).

La terreur est le summum de la peur: Elle est au cœur de l'expérience du trauma, le résultat de la perception du danger de mort. La biologie de la terreur concerne l'axe hypothalamo-hypophysaire-surrénalien et la stimulation du système nerveux sympathique dont il a été question auparavant dans ce chapitre. Lorsque l'événement traumatisque est passé, la terreur se mue généralement en peur, même pour ceux qui souffrent de séquelles. Cependant, lorsqu'il y a réminiscence du trauma (flash-back), la terreur peut revenir avec toute l'intensité initiale.

Un des problèmes rencontrés par les personnes souffrant de SPT ou du SSPT est que la peur subsiste longtemps après que la menace ait disparu et qu'elle est associée avec de plus en plus d'éléments de leur environnement. La peur, initialement ressentie vis-à-vis d'une menace extérieure, se transforme en anxiété générée de l'intérieur: Comme il l'a été dit précédemment, cette réaction pourrait être due à une insuffisance de cortisol ou à la persistance de la perception de menace. Quelle qu'en soit la cause, le résultat est débilitant. Lorsque la peur est aussi largement généralisée, sa fonction protectrice devient nulle et non avenue. En effet, lorsque tout est perçu comme dangereux, il n'y a pas de discernement possible entre ce qui l'est réellement et ce qui ne l'est pas. C'est comme une alarme antivol qui retentirait tout le temps: vous ne savez jamais quand elle se déclenche pour un vol. C'est typique de ceux qui souffrent du SSPT de se mettre, de façon répétitive, dans des situations dangereuses. Leur système d'alarme interne est à ce point surchargé qu'ils sont invalidés. Un des

résultats de la thérapie des traumatismes est le rétablissement de la fonction de protection de la peur.

Honte – Déception de soi

La honte est une émotion qui, dans n'importe quel contexte, est difficile à traiter. C'est vrai aussi pour la honte qui surgit à la suite d'un incident traumatique. On retrouve souvent une large composante de honte chez les personnes souffrant du SSPT. On s'attend à trouver de la honte chez ces personnes lorsque le traumatisme résulte d'un abus sexuel ou d'un viol; on s'y attend moins dans d'autres circonstances. Pourquoi dès lors la honte est-elle une caractéristique habituelle des autres constellations traumatiques? Dans la plupart des traumatismes non résolus, on retrouve la question «Mais pourquoi donc n'ai-je pas pu arrêter cela (faire plus, riposter, m'enfuir...)?» Il est possible que ces personnes croient, à un niveau profond, qu'elles se sont laissé tomber (et qu'elles ont déçu d'autres personnes) et/ou que quelque chose d'essentiel est déréglé chez elles, qui les pousse à devenir victimes de traumas. Il est bien entendu que la honte n'est pas la seule force motrice dans les cas de SSPT mais elle peut en être un composant majeur.

La honte n'est pas exprimée et libérée de la même manière que d'autres sentiments. La tristesse et le chagrin sont libérés sous forme de larmes; la colère par des cris et par des coups, la peur; par des cris ou des tremblements. Que peut-on faire pour atténuer la honte dès lors que son expression ne génère ni libération, ni abréaction, ni catharsis? Il semble que la honte s'estompe dans des circonstances très particulières: le contact non jugeant et accueillant d'un autre être humain.

Lorsqu'on parle de la honte, il est important d'en regarder les deux faces. La honte est habituellement perçue comme étant une émotion épouvantable parce qu'elle est affreuse à ressentir. Qui désire ressentir de la honte? Quoi qu'il en soit, la honte, comme tous les autres affects, possède aussi une valeur de survie. La peur, par exemple, avertit du danger alors que la colère prévient l'autre de ne pas aller plus loin, au propre comme au figuré. Quelle est donc la valeur de survie de la honte? Il semblerait que la honte, dans le processus de l'évolution, a servi à maintenir le comportement d'un individu en conformité avec les normes culturelles qui favorisent la «survie de la tribu». Elle socialise. La honte est un élément de socialisation accepté dans beaucoup de cultures. C'est une émotion utilisée depuis des milliers d'années quand le comportement d'une personne a été menaçant, non seulement pour elle-même, mais pour tout son groupe. La honte est un moyen d'arrêter un comportement qui peut nous blesser nous, notre famille ou notre communauté. En fait, elle peut être l'émotion qui préside à la formation de la conscience. En tant qu'affect, la honte n'est pas entièrement négative. Il est de notoriété publique que l'acceptation est la première étape pour résoudre n'importe quel état émotionnel non désiré et, voir le côté positif de la honte, peut aider à atteindre cet objectif.⁵

5. La culpabilité, souvent présente dans le SSPT, est un sentiment découlant de notre auto jugement. La honte se rapporte plus à l'«être», la culpabilité au «faire». (Note de Marie Schils)

Chagrin

Le chagrin est une réponse à la perte ou au changement. Il constitue une grande ressource dans le traitement du traumatisme et du SSPT. De par sa nature, le chagrin est un signe qu'une expérience a été reléguée dans le passé. C'est donc habituellement un signe positif quand un patient traumatisé atteint l'étape du chagrin. Parfois, des patients craignent que le chagrin ne signifie une régression dans le traumatisme, mais c'est habituellement exactement le contraire, c'est-à-dire une progression vers la guérison. Quand on travaille sur la conscience du corps, beaucoup de patients remarquent que le chagrin les aide à se sentir plus solides, moins craintifs, même s'ils sont plus tristes. Le chagrin apparaît à différents stades du chemin qui mène à la guérison d'un traumatisme, quand un aspect du traumatisme est résolu et que l'expérience intime passe du présent au passé : « J'étais vraiment terrorisé », « C'était vraiment horrible », etc. Dans ce contexte, le chagrin est un signe que la guérison se met en place.

6.4 Une proposition pour la résolution du dilemme posé par l'expression émotionnelle: est-elle intégrante ou «dés-intégrante»?

Les termes *catharsis* et *abréaction* sont souvent utilisés indifféremment pour décrire l'expression des émotions dans le cadre thérapeutique. La catharsis, en fait, désigne la puissance de nettoyage des émotions lorsque des souvenirs perturbants sont ramenés à la conscience. L'abréaction, quant à elle, est la libération émotionnelle qui accompagne souvent la catharsis. Indépendamment de la façon dont on nomme ces explosions d'émotions, il faut être très prudent quand elles surgissent, surtout lorsqu'on a affaire à des patients traumatisés.

Le débat est en cours dans la profession quant à l'utilité de l'abréaction dans le traitement du SSPT. Lorsqu'un patient pleure ou exprime de la colère, il n'est pas toujours aisément de discerner si de telles expressions spectaculaires vont aider ou rendre les choses pires encore. Habituellement, la discussion porte sur la question de savoir si oui ou non il faut autoriser ou encourager l'abréaction. Cependant, la vraie question est : quand l'abréaction est-elle utile et quand ne l'est-elle pas ?

Cette discussion indique la voie d'un important champ de recherche : comment distinguer l'abréaction intégrante de l'abréaction «dés-intégrante». Il est possible que l'observation de la stimulation du système nerveux végétatif nous donne la clé pour distinguer ces deux gammes d'expression émotionnelle durant une séance de thérapie du traumatisme : laquelle est thérapeutique et donc intégrante et laquelle entraîne plutôt une dégradation de la santé et peut-être même un renforcement du traumatisme ?

Il est possible que l'abréaction thérapeutique puisse être reconnue par des signes de stimulation principalement parasympathique : la peau colorée, la respiration profonde

avec des sons exprimant des émotions à l'expiration. L'abréaction non thérapeutique, par contre, peut se révéler par des signes de stimulation essentiellement sympathiques : pâleur de la peau, quelquefois moiteur; respiration rapide, parfois saccadée, sons chargés d'émotion surtout à l'inspiration. L'observation du SNV pourrait donc être d'une grande utilité pour différencier les types d'abréaction et simplifier le processus thérapeutique.

Chapitre 4

Les manifestations du traumatisme dont le souvenir n'est pas revenu à la conscience

I La dissociation et les réminiscences ou flash-back

Les dissociations traumatiques et les *flash-back* traumatiques sont les deux éléments les plus marquants du SSPT. Tous deux sont à l'origine de ses symptômes psychologiques et somatiques les plus pénibles. Comme cela a été dit précédemment, la dissociation peut être une constante dans chaque cas de SSPT, de même qu'une certaine forme de *flash-back*. Ces deux aspects du SSPT se présentent souvent en tandem ; il n'est pas possible d'avoir des *flash-back* traumatiques sans que se manifeste aussi une certaine forme de dissociation traumatique. Cependant, la dissociation peut se manifester en l'absence de *flash-back*.

La dissociation implique un clivage de conscience. Pendant un événement traumatique, la victime peut se couper de certains éléments de l'expérience, réduisant ainsi efficacement l'impact de l'événement. Le processus de dissociation comporte une coupure partielle ou totale d'aspects de l'expérience traumatique, que ceux-ci soient des morceaux de l'histoire ou l'ordre dans lequel ils se sont déroulés, ou encore des réactions physiologiques et psychologiques. L'amnésie à différents degrés est la forme la plus courante de la dissociation, mais il en existe d'autres. Une personne peut devenir comme anesthésiée et ne ressentir aucune douleur; une autre se coupe de ses émotions; une autre encore peut perdre conscience ou se sentir comme hors de

son corps. Dans la forme extrême de dissociation, des personnalités entières peuvent être séparées de la conscience (trouble de l'identité dissociative).

Plus tard, ces mêmes réactions et/ou d'autres pourront se reproduire. Ces personnes pourront continuer à s'anesthésier sous stress, être dans l'impossibilité d'accéder à leurs émotions ou se sentir hors de leur corps lorsqu'elles seront anxieuses.

Un flash-back est la ré-expérience interne, partielle ou totale, de l'événement traumatique. Les plus courants sont visuels ou auditifs, mais le terme de flash-back peut aussi s'appliquer à des symptômes somatiques qui reproduisent l'événement traumatique d'une manière ou d'une autre. Quel que soit le système sensoriel impliqué, un flash-back est extrêmement pénible, parce qu'il donne l'impression que le trauma continue ou recommence.

Les personnes souffrant de SPT et de SSPT se souviennent des événements traumatiques autrement qu'elles ne le font des événements qui ne le sont pas. En réalité on ne peut d'ailleurs pas encore parler de «souvenir» car, généralement, le «souvenir» implique la relégation d'un événement dans l'histoire personnelle, à un moment donné de la ligne de vie. Le souvenir relègue l'événement dans le passé «Je me rappelle quand...». Dans les cas de SPT et de SSPT, les souvenirs traumatiques deviennent dissociés, flottant dans le temps. Ils surgissent spontanément dans le présent sous la forme de flash-back.

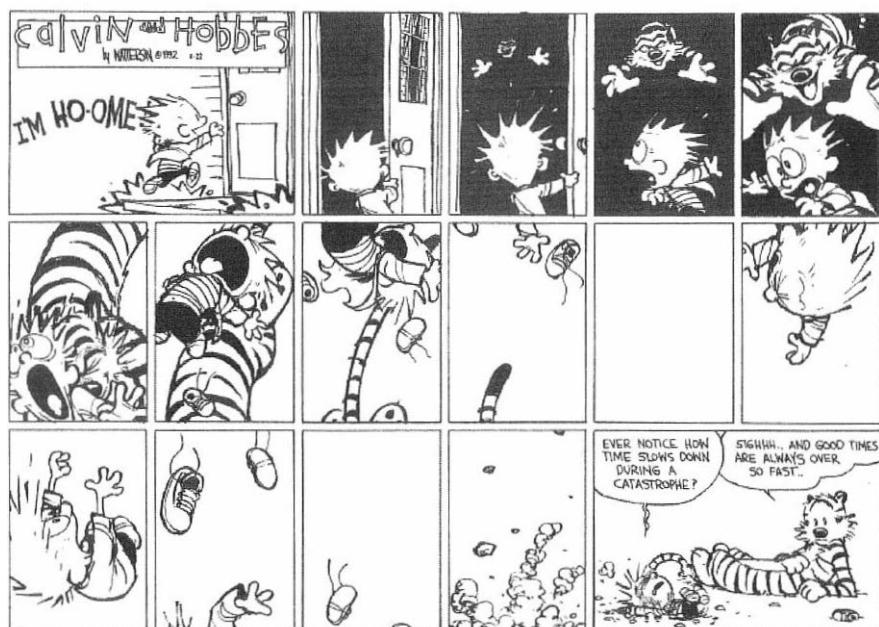
2 La dissociation et le corps

Le terme *dissociation* fait partie du vocabulaire psychologique depuis plus de cent cinquante ans. Il a été inventé par Moreau de Tours en 1845 (van der Hart & Friedman, 1989) dans une tentative de compréhension de l'hystérie. Ce concept a été développé plus tard par Pierre Janet, au début 1887, dans un article intitulé «L'anesthésie systématisée et le phénomène psychologique de la dissociation». Janet pourrait être appelé «le père de la dissociation» car c'est son travail en la matière qui a posé les fondements des théories actuelles. Il est parti de l'hypothèse qu'il y a plusieurs niveaux de conscience dont certains se situent hors du champ de conscience ordinaire. Dans la seconde moitié du XX^e siècle, les travaux de Janet furent redécouverts et appliqués aux théories modernes de la dissociation et du SSPT (van der Hart & Friedman, 1989; van der Kolk, Brown & van der Hart, 1989).

Bien que le concept soit connu depuis longtemps, on ne sait toujours pas comment la dissociation se produit, même si les spéculations vont bon train. Ce que l'on sait, c'est qu'il s'agit d'un phénomène neurobiologique qui surgit lors d'un stress intense. On ignore s'il s'agit d'une tentative du cerveau et du corps pour amortir l'impact du trauma ou d'un effet secondaire de ce dernier. Il est possible que la dissociation soit une tentative d'évasion de l'esprit lorsque la fuite n'est pas possible (Loewenstein, 1993).

Les personnes qui rapportent un phénomène dissociatif pendant un incident traumatisant en parlent comme suit: «C'est comme si j'avais quitté mon corps»; «Le temps est passé au ralenti»; «C'est comme si je mourais et ne pouvais plus ressentir aucune douleur»; «Tout ce que je pouvais voir, c'était l'arme, rien d'autre n'importait». Après un tel événement, la victime peut encore se sentir dissociée, continuer à se sentir «à côté de ses pompes» longtemps après que l'événement se soit passé et dire quelques temps après «Mon âme n'a pas encore réintégré mon corps».

Suite à un événement traumatisant, les phénomènes dissociatifs peuvent perdurer pendant des années ou ne se produire pour la première fois que des années plus tard. Ils se manifestent par des engourdissements, des flash-back, une dépersonnalisation, une amnésie partielle ou complète, des expériences hors du corps (EHC), une incapacité à ressentir les émotions, des comportements «irrationnels» inexplicables et par des réactions émotionnelles qui n'ont en apparence rien à voir avec la réalité. Il est vraisemblable qu'une certaine forme de dissociation soit présente dans chaque cas de SPT et de SSPT.



«Je suis de retouuuur!»

...

«As-tu remarqué comme le temps suspend son vol pendant une catastrophe?»

«(Soupir)... Et les bons moments passent toujours si vite...»

2.1 Le modèle de dissociation SIBAM

Le modèle de dissociation SIBAM de Peter Levine est extrêmement utile pour conceptualiser la dissociation. Il est basé sur l'hypothèse que toute expérience se compose de cinq éléments. SIBAM est l'acronyme anglais des mots **S**ensation, **I**mage, **B**ehaviour, **A**ffect et **M**eaning (Levine, 1992). Sensation, Image, Action, Sentiment, Pensée sont les termes habituellement employés en français pour les éléments d'expérience identifiés par Levine.

Lors du souvenir complet d'une expérience, chacune de ces composantes est restituée de façon intégrée.

Exemple simple du souvenir complet d'une expérience :

Je me souviens du dîner d'hier; j'ai pris un plat mexicain. En ce moment précis, j'ai encore le goût (sensation) de piment dans la bouche. Je revois mon assiette pleine de couleurs (image). La salive emplit ma bouche et je ressens le besoin d'avaler (action). Je me sens heureux et paisible au souvenir de cet agréable repas (sentiment). Ce fut une pause relaxante dans ma journée de travail (pensée).

Autre exemple d'un souvenir complet d'une expérience, mais à un plus haut niveau de stress cette fois

À l'âge de six ans, Carinne est tombée d'une balançoire. Lorsque, adulte, elle décrit l'incident pendant une séance de thérapie, elle se souvient avoir été poussée par derrière : « Je sens encore les mains dans mon dos et la sensation de vide dans mon estomac à cause du mouvement de la balançoire (sensation). Je revois le sol sous moi puis le ciel après ma chute (image). Je me sens un peu anxieuse, puis fâchée en me souvenant (sentiment) et je ne respire plus aussi profondément (action). Je me souviens m'être sentie impuissante parce que la fillette qui me poussait ne voulait pas arrêter (pensée). »

Mais quand il s'agit d'expériences hautement pénibles, Peter Levine émet l'idée que des éléments de l'expérience puissent être dissociés.

Une personne souffrant de SPT ou de SSPT peut en effet rapporter un souvenir visuel perturbant (image) accompagné d'une forte émotion (sentiment), mais peut n'y trouver aucun sens (pensée dissociée) ; un enfant peut rejouer sans cesse une même scène traumatique (action), sans manifester la moindre émotion (sentiment dissocié) ou paraître se souvenir de quoi ce soit (image).

Le modèle SIBAM présente cependant une limite : il ne permet pas de distinguer la dissociation traumatique du simple oubli. L'oubli peut être dû au fait qu'une expérience n'a pas été assez significative pour être totalement dans la mémoire à long terme.

Si l'on se réfère au concept des systèmes de mémoire, il devient plus aisé de comprendre la dissociation dans le contexte du modèle SIBAM. La mémoire implicite

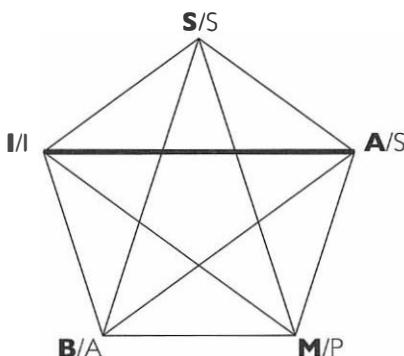
comporte des informations sensorielles (image), des sensations corporelles (sensation), des émotions (sentiment) et des comportements automatiques (action). La mémoire explicite comporte des faits, une chronologie et un terme (pensée).

La dissociation peut apparaître sous différentes formes puisque diverses combinaisons d'éléments sont possibles. Il est bien entendu qu'à moins d'amnésie complète, lorsque des éléments sont dissociés, d'autres restent associés et sont seuls actifs.

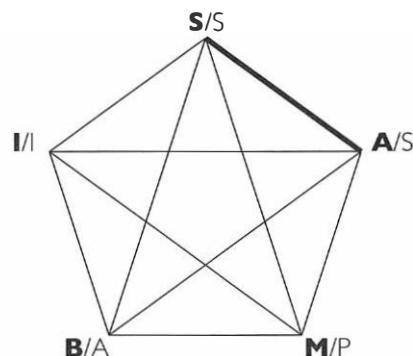
Figure 1. Quelques exemples des relations entre éléments associés et éléments dissociés selon le modèle SIBAM, suite à des réactions traumatiques spécifiques. Les lignes plus foncées indiquent les éléments associés, les lignes plus fines, ceux qui sont dissociés. Cette figure nous permet de comprendre trois symptômes du SSPT.

**S/S = Sensation/Sensation ; I/I = Image/Image ; B/A = Behaviour/Action ;
A/S = Affect/Sentiment ; M/P = Meaning/Pensée**

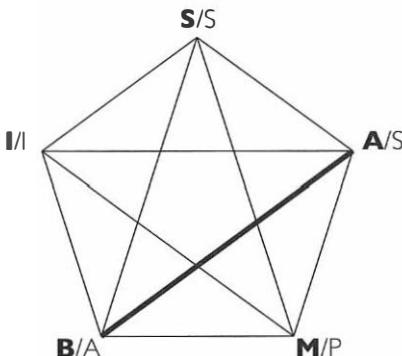
Éléments SIBAM
d'un flash-back visuel :



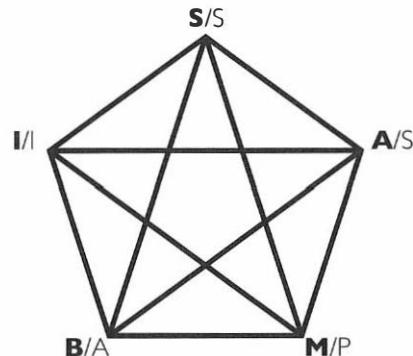
Éléments SIBAM
d'une crise de panique :



Éléments SIBAM
d'un évitement :



Éléments SIBAM
intégrés :



Des personnes souffrant d'anxiété et de crises de panique peuvent parler sans cesse de sensations physiques perturbantes (sensation), accompagnées de peur (sentiment). Il leur est parfois difficile voire impossible d'identifier ce qu'elles ont vu ou entendu (image) qui a pu déclencher l'anxiété (sentiment), et ce dont elles auraient besoin pour réduire cette anxiété (action) ; elles ne peuvent pas non plus comprendre d'où provient réellement leur peur (pensée).

Des patients, piégés par des flash-back visuels, vont être submergés par les images (image) et la terreur (sentiment), et être incapables de ressentir leur corps dans le présent (sensation) ou de faire quelque chose pour s'en sortir (action) ou encore de placer le souvenir dans un contexte (pensée).

Comme on le voit, le modèle SIBAM est un outil efficace pour aider à identifier les éléments d'une expérience qui sont associés et ceux qui sont dissociés. Une fois cette identification réalisée, les éléments manquants peuvent être prudemment ramenés à la conscience quand le patient est prêt pour ce faire. [Charlie se rappelait pratiquement tout de l'attaque. Il en avait des images (image), il était très conscient de ses sensations corporelles (sensation) et de ses émotions (sentiment), et il savait ce qu'elles signifiaient (pensée). Il lui manquait cependant deux éléments majeurs. L'un était la capacité de discernement (autre aspect de la pensée) à savoir, faire la différence entre le chien qui l'avait attaqué et les autres chiens; l'autre était une stratégie de protection (action) qu'il aurait pu utiliser pour se protéger. Voir au chapitre 8 la description de la façon dont ces éléments ont finalement pu être intégrés.]

3 Les réminiscences ou flash-back

Le terme *flash-back* a été vulgarisé dans les années 1960 pour décrire les expériences sensorielles perturbantes rapportées par des individus sous l'influence de drogue. Parfois des jours, des semaines ou même des années après l'usage de drogue, certaines personnes revivaient des facettes de leurs plus effrayants «trips» hallucinogènes.

Les flash-back traumatiques sont du même ordre. Ils peuvent survenir à l'état de veille ou sous la forme de cauchemars qui perturbent le sommeil. Un patient les appelle «cauchemars en plein jour». Les flash-back traumatiques sont constitués d'expériences sensorielles reproduisant de terribles événements du passé avec un réalisme et une intensité tels qu'il est difficile de les distinguer de la réalité présente.

Les flash-back principalement visuels et/ou auditifs sont les plus couramment identifiés. Ils sont aisément reconnaissables car la personne peut généralement décrire ce qu'elle voit ou entend. Les flash-back les moins facilement identifiables sont prioritairement d'ordre émotionnel, comportemental et/ou somatique. Beaucoup d'exemples d'hyperstimulation, de sursauts incontrôlés, de bouleversement incompréhensible, de douleur physique ou de forte irritation trouvent une explication aisée dans le phénomène de flash-back. Dans une publication concernant les flash-back sensoriels et

comportementaux, Lindy, Green et Grace (1992) décrivent ce qu'ils ont appelé « une 're-mise' en actes somatique » d'événements traumatiques.

Une femme souffrait d'un flash-back somatique et comportemental qui revenait souvent et se manifestait par un symptôme débilitant d'urgence urinaire, l'obligeant à de fréquents et inutiles voyages aux toilettes. Le symptôme et le comportement commencèrent à se produire après un incendie dans un restaurant où elle eut la vie sauve, grâce au fait que sa vessie était vide. Ses amis furent piégés dans les toilettes et moururent. N'ayant pas eu besoin de se joindre à eux, sa vie fut épargnée. (Lindy et al., 1992, p. 182).

Cet exemple illustre de façon évidente comment quelqu'un peut agir d'une façon qui paraît insensée sauf si l'on connaît le trauma sous-jacent. La nature de la pièce somatique qui se rejoue devient claire quand sont connues les informations manquantes. Il est possible que certains symptômes physiques inexplicables qui intriguent les médecins et tourmentent leurs patients soient des remises en actes somatiques d'incidents traumatiques.

Bien qu'ils soient assez courants, les flash-back comportementaux sont rarement reconnus comme tels. Les jeunes enfants, par exemple, sont plus capables d'extérioriser leurs expériences traumatiques que de les verbaliser: Déterminer quels types de comportements sont des flash-back n'est pas toujours aisé. Par exemple, un enfant qui moleste ou blesse physiquement un autre jeune est-il agressif ou rejoue-t-il la scène qu'il a subie? C'est, là encore, un domaine intéressant pour la recherche scientifique.

3.1 Les flash-back et le cerveau

Les flash-back peuvent être de différents types. Ils peuvent comprendre le rappel du souvenir implicite d'un trauma, dénué de souvenir explicite, d'où l'impossibilité de donner un sens au souvenir ou de le voir sous un autre angle. Ils peuvent aussi comprendre le souvenir explicite du déroulement de tout ou d'une partie de l'événement. Mais les flash-back comprennent pratiquement toujours les aspects émotionnel et sensoriel du trauma, ce qui les rend si perturbants. Ceci implique que l'amygdale soit active dans le ou les processus de flash-back. Cependant, il semble que les éléments contextuels typiques du fonctionnement de l'hippocampe soient absents, ce qui donnerait raison aux théories qui signalent la suppression de l'activité de l'hippocampe pendant un trauma et pendant le souvenir d'un trauma (entre autres Nadel & Jacobs, 1996; van der Kolk, 1994).

De plus, les flash-back sont souvent suscités par des déclencheurs classiquement conditionnés ou dépendants d'un état interne. Cela voudrait dire que le système nerveux en entier est impliqué dans le phénomène.

Trois exemples:

Roger était un jeune policier débutant d'à peine vingt ans lorsqu'il tira et tua un suspect pour la première fois. Il se figea en regardant le sang couler de la poitrine du mort. Il n'arrêtait pas de hurler « Je regrette. Pourquoi m'avez-vous forcé à faire cela? ». Il sembla cependant se remettre et être capable d'exercer à nouveau son métier jusqu'au moment où, deux ans plus tard, il se retrouva seul officier sur les lieux où un homme avait été tué lors d'une rixe. Son collègue arriva plus tard et trouva Roger en train de hurler les mêmes mots, confondant apparemment les deux situations.

Dans le cas de Roger, il est clair que l'élément déclencheur du flash-back était visuel: le sang coulant de la poitrine de l'homme. Il avait été horrifié d'avoir tué quelqu'un. N'arrivant pas à accepter cela, il l'oublia et sembla ne plus en être affecté. Mais de toute évidence, ce n'était pas le cas.

Marie avait 29 ans lorsque sa fille, Tania fêta ses 5 ans. Vint le premier jour d'école maternelle. Marie s'affola et empêcha Tania d'aller à l'école. Cela dura quelques semaines, car chaque matin, Marie paniquait à l'idée de déposer sa fille à l'école. Le reste du temps, Marie allait très bien. À la fin, son mari réussit à la convaincre de se faire aider. Marie ne savait pas pourquoi elle avait réagi ainsi. Ce n'est qu'en séance de psychothérapie qu'elle se souvint avoir été agressée au même âge dans son école. Les archives des journaux confirmèrent qu'une institutrice assistante avait bel et bien été reconnue coupable d'avoir agressé plusieurs enfants.

Dans son enfance, Marianne a souffert de cystites à répétition et a dû subir des traitements qu'elle a pu ressentir intrusifs. Plus tard, elle se rappelait parfaitement les infections mais n'avait aucun souvenir des traitements médicaux.

Peu après son mariage, elle souffrit d'une crise de cystite, ce qui n'est pas inhabituel chez une jeune mariée. Pendant l'examen médical, elle ressentit une hyperstimulation telle qu'elle se mit à avoir des sueurs froides et fut prise de panique. Incapable de dire au médecin ce qu'elle ressentait, elle s'évanouit.

Le flash-back sensoriel de Marianne fut déclenché par la sensation et la posture corporelle. Ce ne fut que plus tard qu'elle fut capable de faire le lien entre ses réactions et les traitements antérieurs. Ils avaient été, en fait, beaucoup plus pénibles que dans son souvenir initial.

3.2 Résumé

Comprendre le phénomène des flash-back est une des meilleures manières de conforter la théorie présentée dans cette première partie. Les flash-back sont provoqués par des informations dissociées, enregistrées de manière implicite, qui se manifestent sous

Les manifestations du traumatisme dont le souvenir n'est pas revenu à la conscience

certaines conditions dont ils dépendent. Ils peuvent être déclenchés par des signaux sensoriels intéro- ou extéroceptifs et se traduisent tant par une hyperstimulation du système nerveux végétatif que par des comportements régis par le système nerveux somatique.

Dans la seconde partie seront présentés des principes et des techniques visant à stopper ou à prévenir les flash-back, ainsi que d'autres symptômes liés aux traumatismes.

Deuxième partie

PRATIQUE THÉRAPEUTIQUE

Chapitre 5

Premièrement, ne pas nuire

Timing Toast

*There's an art of knowing when
Never try to guess.
Toast until it smokes and then
twenty seconds less!*

Piet Hein

La plupart des psychothérapeutes savent combien délicate peut se révéler la thérapie des traumatismes, quelles que soient les théories ou les techniques appliquées. Le risque de voir un patient submergé, en décompensation, souffrir d'anxiété et de crises de panique, de flash-back ou – pire – d'être re-traumatisé subsiste toujours. Les témoignages de patients se retrouvant submergés par des flash-back durant les séances de thérapie à un point tel que la salle de traitement est confondue avec l'endroit où s'est déroulé le trauma, et le thérapeute perçu comme l'auteur de celui-ci, sont monnaie courante. Il est tout aussi fréquent que des patients soient incapables de fonctionner normalement dans leur vie quotidienne pendant une thérapie des traumatismes, l'état de certains réclamant même une hospitalisation. Il semble bien que, partout, le travail avec des personnes traumatisées comporte plus de risques que dans n'importe quelle autre branche de la psychothérapie. Tout le monde parle des risques mais il y a peu d'écrits sur le sujet.

I. «Durée de cuisson d'une tartine grillée. C'est tout l'art. N'y allez jamais à l'estime. Grillez la tartine jusqu'à ce qu'elle fume et retirez-la vingt secondes avant.»

Les dangers inhérents à la thérapie des traumatismes ne sont pas nouveaux bien que le SSPT n'ait pas été diagnostiqué officiellement avant la parution du DSM-III en 1980. En 1932, le psychanalyste Sándor Ferenczi a présenté un courageux article lors du 12^e Congrès International de Psychanalyse à Wiesbaden. Dans cette présentation, il avouait à ses collègues que la psychanalyse pouvait à nouveau traumatiser le patient : « Quelques-uns de mes patients m'ont causé beaucoup de soucis et d'embarras [...] (ils) ont commencé à souffrir de crises nocturnes d'anxiété et même de terribles cauchemars, et les séances d'analyse ont dégénéré à maintes reprises en crises hystériques d'anxiété » (Ferenczi, 1949, p. 225). Il reconnaissait que la manière habituelle d'expliquer de tels phénomènes, entre collègues, avait été de blâmer les patients d'avoir « une résistance trop forte ou de souffrir de refoulements tels que l'abréaction ou le souvenir ne peuvent se produire que petit à petit ». Il voulut approfondir le sujet : « J'ai dû pratiquer l'autocritique. Je me suis mis à écouter mes patients... ». Il émit ensuite l'hypothèse que, tant les interprétations prématurées que les sentiments non exprimés de contre-transfert, pouvaient fragiliser le processus thérapeutique et provoquer également une décompensation au point que le patient « revivait des répétitions hallucinatoires de ses expériences traumatiques » (Ferenczi, 1949).

Dans un article plus récent et tout aussi courageux, « Soulager ou revivre les traumas de l'enfance? »², Onno van der Hart et Kathy Steele (1997) nous rappellent que s'attaquer directement aux souvenirs traumatiques n'aide pas toujours nos patients et peut même leur porter préjudice. Ils suggèrent que ces patients, qui ne peuvent tolérer un traitement orienté sur les souvenirs traumatiques, puissent bénéficier à tout le moins d'une thérapie destinée à soulager leurs symptômes, accroître leurs ressources d'adaptation et améliorer leur fonctionnement quotidien.

Comment expliquer que la thérapie des traumatismes puisse devenir traumatisante ?

Un patient est susceptible d'être submergé et éventuellement re-traumatisé lorsque le processus thérapeutique va plus vite que ce qu'il est en mesure de supporter. Cela se produit lorsque les souvenirs se bousculent et font brutalement irruption dans la conscience ; le patient est alors submergé sous un flot d'images, de faits et/ou de sensations corporelles, et c'est plus qu'il n'en peut supporter en une fois. L'indicateur majeur de ce que le rythme d'une thérapie est trop rapide pour le patient est qu'il y a plus de stimulation dans son système nerveux végétatif (SNV) que ce que ses ressources physiques et psychologiques peuvent gérer. C'est comme une auto lancée à toute allure dont le conducteur est incapable de trouver les freins et/ou de freiner.

2. « Relieving or Reliving [...] » : jeu de mots impossible à transposer en français (NDLT)

I Les freins et l'accélérateur

J'ai appris à conduire à quelques amies. Les leçons se donnaient toujours dans ma voiture qui n'était pas équipée d'une double commande. Préoccupée de ma propre sécurité et de celle de l'apprentie conductrice – et de ma voiture – j'enseignais toujours à l'élève la manière de freiner et de stopper la voiture avant qu'elle ne soit autorisée à la faire avancer.

L'apprentie était alors entraînée à passer de l'accélérateur au frein, jusqu'à ce que le mouvement devienne automatique, précis et puisse être accompli «les yeux fermés». Ce n'est que lorsque l'apprentie (et moi-même) étions tout à fait rassurées sur sa capacité de réflexe à trouver la pédale de frein et à arrêter la voiture, que j'estimais sans danger pour elle d'utiliser l'accélérateur et d'apprendre (lentement) à accélérer, pour revenir au frein périodiquement, de façon à stopper puis repartir. Plus mon apprentie était confiante dans la manœuvre, plus elle osait accélérer (dans les limites autorisées, bien sûr).

Une conduite sécuritaire implique de savoir freiner prudemment et à temps, et d'accélérer en fonction du trafic, du conducteur et de la voiture. Il en va de même pour une thérapie des traumatismes sécuritaire. Il est aussi inadéquat, pour un thérapeute, d'«accélérer» les processus des traumatismes chez un patient, que pour un patient, d'«accélérer» dans la direction de son propre traumatisme, tant que chacun n'a pas acquis la façon de freiner, c'est-à-dire de ralentir et/ou de stopper le processus, et de pouvoir le faire de façon fiable, minutieuse et avec assurance (Rothschild, 1999).

I.1 Pourquoi freiner, ralentir ou stopper le processus thérapeutique?

Les symptômes du SSPT sont épuisants. Il est typique de voir le patient souffrant du SSPT alterner les périodes d'énergie frénétique et les périodes d'épuisement. Le processus thérapeutique est parfois rendu difficile simplement parce que le patient n'a pas les réserves d'énergie suffisantes à sa disposition pour se concentrer sur ses problèmes, les affronter et les résoudre. Réduire l'hyperstimulation nerveuse, à la fois au cours de la séance thérapeutique et dans sa vie quotidienne, ne va pas seulement apporter un soulagement indispensable au patient, mais va aussi lui permettre de se reposer plus efficacement. Cela lui donnera, en retour, une plus grande capacité et les ressources nécessaires pour faire face à son passé traumatique.

Une métaphore efficace consiste à comparer la personne souffrant d'un SSPT à une casserole à pression. Les traumatismes non résolus créent une pression énorme à la fois dans le corps et dans le mental par le biais d'une hyperstimulation du SNV. Une casserole à pression moderne est impossible à ouvrir dès que la pression s'est accumulée, mais si on pouvait le faire, elle exploserait. Il faut d'abord doucement libérer la pression, un petit peu à la fois. Ce n'est qu'à la fin du processus que l'on peut ouvrir la casserole à pression sans danger.

Le même principe s'applique au SPT et au SSPT. Si vous essayez d'amener le patient jusqu'au trauma alors que la pression est terrible, vous risquez l'explosion ce qui, dans le cas du patient, peut signifier décompensation, dépression nerveuse, maladie grave ou suicide. Toutefois, en freinant judicieusement pour relâcher graduellement la pression, tout le processus de la thérapie des traumatismes devient moins dangereux. Chaque patient devrait être évalué individuellement de façon à doser le freinage avec souplesse. Le rythme de la thérapie, sans être trop lent, ne devrait pas être plus rapide que ce que le patient peut supporter tout en maintenant un fonctionnement quotidien satisfaisant.

2 L'évaluation et l'appréciation

La détermination du type de traumatisme et du type de patient traumatisé sera d'une aide précieuse dans le choix du traitement.

Lenore Terr (1994) distingue deux types de victimes de traumas, le *Type I* et le *Type II*. Cette distinction a tout d'abord été réalisée par rapport aux enfants. Le *Type I* renvoie à ceux qui ont vécu un seul événement traumatique ; le *Type II*, à ceux qui ont été traumatisés à plusieurs reprises.

Le système de classification de Lenore Terr est tout à fait applicable aux adultes, mais doit être approfondi. Deux sous-classes du *Type II* doivent ainsi être distinguées.

Le *Type II A* s'applique aux personnes ayant souffert de multiples traumas, mais qui disposent d'assez de ressources pour être capables d'isoler chaque traumatisme. Ce genre de patient peut parler d'un seul événement traumatique à la fois et peut, dès lors, n'en traiter qu'un à la fois.

Les personnes du *Type II B* sont tellement submergées par tous les traumatismes qu'elles ont vécus qu'elles sont incapables de les traiter séparément. Ce genre de patients commencent à parler d'un traumatisme puis trouvent rapidement des liens avec d'autres, et la liste en est souvent longue.

Ces patients du *Type II B* peuvent à leur tour se diviser en deux catégories. Le *Type II B(R)* s'applique à quelqu'un qui pouvait habituellement faire face aux situations mais qui, du fait de la complexité des expériences traumatiques, est submergé au point de n'être plus capable de maintenir sa résilience. Les représentants typiques de ce genre de patients sont les rescapés de l'Holocauste tels que mentionnés dans l'étude des Norvégiens Malt et Weisaeth (1989) (voir chapitre 2). Le *Type II B(nR)* s'applique à quelqu'un qui n'a jamais développé de ressources de résilience (Schore 1996).

Une des raisons pour lesquelles il est nécessaire d'évaluer le type de patient traumatisé est que chacun d'entre eux a des besoins thérapeutiques différents, tout spécialement en ce qui concerne la relation thérapeutique et le transfert. Habituellement, avec les patients du *Type I* et du *Type II A*, la relation et le transfert sont moins

problématiques. Certains même ont déjà intérieurisé les ressources expérimentées dans le cadre d'une relation thérapeutique centrée sur le transfert. Cela ne veut pas dire que des problèmes de transfert ne surviendront pas; toutefois, avec ce genre de patients, la relation thérapeutique est en arrière-plan tandis que leur besoin de travailler sur des souvenirs traumatiques particuliers est au premier plan. Après l'entrevue initiale et l'évaluation, les patients de types I et IIA peuvent d'ordinaire rapidement commencer à travailler sur ce qui les avait amenés en thérapie.

Par contre, pour les patients de Type IIB, (re)construire des ressources grâce à la relation thérapeutique constituera un prérequis avant d'aborder réellement les souvenirs traumatiques.

- Pour les patients de Type IIB(R), la relation thérapeutique offre la possibilité de se reconnecter à des ressources connues mais dont l'usage a été perdu suite à la nature complexe et envahissante des traumas endurés.
- Pour les patients de Type IIB(nR), la relation thérapeutique sera l'élément central qui permettra de mettre en place des ressources et la résilience qui n'ont jamais été développées. Les besoins spécifiques des patients de ces deux catégories de Type IIB seront traités dans la section suivante sur la relation thérapeutique.

Il faut encore mentionner un autre type de patients traumatisés. Ce sont les patients qui présentent beaucoup de symptômes de SSPT mais ne signalent aucun événement particulier permettant de diagnostiquer ce syndrome. Scott et Stradling (1994) proposent, pour les qualifier, une nouvelle catégorie diagnostique qu'ils ont appelée «Syndrome de stress sous contrainte prolongée (SSCP)». Un stress chronique subi pendant les années de développement de l'enfant (dû à de la négligence, une maladie chronique, un système familial dysfonctionnel, etc.) peut avoir laissé des traces dans le SNV, sans atteindre les réactions maximales de lutte, fuite ou figement. Les besoins de ce type de patient ressemblent souvent à ceux du patient de Type IIB(nR). Dans les deux cas, la relation thérapeutique permet de créer beaucoup de ressources d'adaptation et de résilience, qui ont pu faire défaut lors du développement.

3 Le rôle de la relation thérapeutique dans la thérapie des traumatismes

Il peut exister la tendance, lors d'une thérapie des traumatismes, à se focaliser sur les incidents traumatiques de la personne plutôt que sur l'impact global du trauma sur les relations interpersonnelles du patient, y compris la relation thérapeutique. Pour certains patients, cette tendance a du bon; pour d'autres, elle peut être néfaste. Il est important d'examiner, au moins brièvement, le rôle de la relation thérapeutique dans la thérapie des traumatismes, pour mettre l'accent sur les besoins individuels des patients traumatisés.

Être attentif aux réactions corporelles peut-être très instructif quand on se concentre sur l'interaction entre le thérapeute et le patient. Observer les signes de stimulation du SNV, le cheminement des tensions et les mouvements intentionnels [de légères contractions musculaires pouvant indiquer une intention de comportement non aboutie (Levine, 1992)] peut fournir une indication sur l'impact de la relation entre le thérapeute et le patient. Avec certains patients, l'événement traumatique est remis en actes pendant le transfert, parfois sous la forme de symptômes psychologiques (entre autres, la méfiance), parfois sous la forme de symptômes somatiques (comme dans l'exemple de la p. 148).

Schore (1996) suggère que les expériences vécues dans le cadre de la relation thérapeutique sont principalement encodées comme souvenirs implicites, opérant souvent un changement à l'intérieur des connexions synaptiques de ce système de mémoire en ce qui concerne le lien et l'attachement. Dans le cas de certains patients, être attentif à la relation thérapeutique pourra aider à transformer les souvenirs implicites négatifs liés au relationnel en créant un nouvel encodage d'une expérience d'attachement positive. Lorsque l'opération réussit, le patient intérieurise, dans le corps et dans le mental, une nouvelle représentation de relation bienveillante. Cela ne change en rien le passé de la personne, mais va lui procurer un nouveau marqueur somatique (Damasio, 1994) lorsqu'elle pensera à ses relations ou envisagera d'entrer dans une nouvelle relation. Lorsqu'il réussit, l'attachement positif au thérapeute peut changer l'évitement ou la peur des relations interpersonnelles en désir de contacts sains.

3.1 La relation thérapeutique: au premier plan ou en coulisses ?

Il est évident que la relation thérapeutique est cruciale pour le résultat de n'importe quelle psychothérapie et, bien entendu, la thérapie des traumatismes n'y échappe pas. Cependant son importance est variable. Le travail direct sur les souvenirs traumatiques ne devrait pas commencer tant et aussi longtemps que le cadre thérapeutique n'est pas ressenti comme sécuritaire par le patient et tant que lui-même ne se sent pas en confiance avec le thérapeute. Beaucoup de patients atteindront cet objectif assez rapidement, parfois dès la deuxième ou troisième séance. Pour d'autres, il faudra plus longtemps avant qu'ils ne se sentent en confiance avec le thérapeute et le processus de thérapie. Pour ceux-ci, les principes et outils décrits dans les chapitres suivants seront précieux dans la préparation à l'exploration des souvenirs traumatiques et viendront compléter les modèles de thérapie des traumatismes privilégiés par leur thérapeute.

Il y a aussi un bon nombre de patients traumatisés pour qui construire la sécurité de la relation thérapeutique prendra beaucoup de temps. Dans certains cas, cela peut en fait constituer une grande partie de la thérapie, laissant le travail direct avec les traumatismes à l'arrière plan. La construction des ressources décrites dans les deux chapitres suivants sera très importante pour ce type de patients: la conscience du corps, l'application des freins, la tonification des muscles, la recherche de ressources,

l'établissement de frontières, la capacité d'être dans la double conscience (maintenant et alors), etc. Les problèmes traumatiques ne seront pas évités, mais ils ne seront pas examinés directement. C'est plutôt au sein de l'interaction entre le thérapeute et le patient que va apparaître la majeure partie du matériau traumatique. Quand cela se passe, le traumatisme est visé non seulement à travers le transfert du patient vers le thérapeute, mais aussi à travers les réactions de contre-transfert développées par ce dernier. Ce type de thérapie des traumatismes est souvent pénible mais il peut être très fructueux quand le thérapeute et le patient ont la volonté et la capacité de le mener à son terme.

En quoi ces types de patients traumatisés se distinguent-ils? Pourquoi la relation thérapeutique est-elle un aspect plus crucial de leur thérapie? Qu'arrive-t-il lorsqu'un thérapeute évalue mal et affronte directement les traumatismes et que c'est prématuré avec ce genre de patient?

C'est le patient traumatisé de Type IIB pour qui la relation thérapeutique est la plus cruciale. Et il faut inclure dans cette catégorie ceux qui souffrent de ce que Judith Herman (1992) appelle le SSPT complexe. Comme dit plus haut, ces patients ont souffert de très graves ou de multiples traumatismes tels qu'il leur manque ressources et résilience nécessaires pour pouvoir être confrontés directement à leurs souvenirs de façon constructive. La confiance trahie est le thème de base du vécu de ces personnes. La souffrance de beaucoup de patients de ce groupe est, d'une manière ou d'une autre, due aux agissements d'autres êtres humains, qu'ils aient été victimes de négligence dans leur petite enfance, ou à tout âge victimes d'abus, d'agression, de viol, d'inceste, de guerre, de torture, de violence domestique, etc. Plus cela s'est passé tôt dans leur vie, plus grand est le dommage causé à leur capacité de faire confiance à d'autres humains. Lorsque le trauma s'est produit plus tard, la trahison de la confiance acquise est le thème à traiter. Dans certains cas, les déficits de développement de lien affectif peuvent aussi être l'élément problématique. Comme il est dit au chapitre 2, les failles dans le lien affectif peuvent prédisposer certaines personnes au développement du SSPT ou à d'autres troubles (Schore, 1996).

Avec les patients qui ont souffert de traumas relationnels, s'occuper des problèmes liés à la confiance grâce à la relation thérapeutique revêt une importance encore plus cruciale. Il faut laisser à une personne qui n'a jamais été capable de faire confiance à quelqu'un l'opportunité de développer ce sentiment et à la personne qui a été trahie l'occasion de pouvoir le rétablir. Les deux processus prennent du temps. Sans la confiance, les souvenirs traumatiques ne peuvent être affrontés de façon constructive.

Pour être en mesure d'affronter ses traumatismes, le patient a besoin du thérapeute comme allié. Et cela ne peut se faire que si la confiance règne entre eux. Si les souvenirs traumatiques sont abordés directement avant que cette confiance ne se soit développée, le patient se retrouvera dans la situation (bien connue de lui) d'être seul pour les affronter. Non seulement cela ne résoudra pas le traumatisme, mais cela peut encore l'aggraver.

3.2 La régulation des affects et de la douleur

Bien qu'Allan Schore (1994) ne se soit pas centré directement sur le thème de la confiance, le travail considérable qu'il a effectué dans le domaine des tout premiers liens et attachements affectifs offre de nombreuses clés pour bâtir la confiance avec les patients traumatisés du Type II B. Schore affirme que la formation des liens affectifs entre le parent et l'enfant est indispensable pour que l'enfant puisse développer la capacité de réguler ses propres émotions. Il suggère que cette capacité grandit avec le temps grâce à l'interaction entre le soignant et l'enfant et qu'elle passe par trois phases critiques: accordage, désaccordage et ré-accordage³ (Schore, 1994). Globalement, l'enfant et le parent interagissent en un contact face-à-face. Si l'interaction se déroule à des niveaux de stimuli tolérables pour l'enfant, il garde le contact (accordage). Lorsque le niveau de stimulation est trop élevé – que ce soit à cause de l'excitation de l'enfant ou à cause de l'angoisse ou de la désapprobation dans le chef de l'adulte – l'enfant rompt le contact (désaccordage). Quand le niveau d'excitation de l'enfant revient à un degré tolérable, il rétablit le contact avec le soignant et habituellement à un degré plus élevé que celui préalablement toléré (ré-accordage). Ce genre d'interaction forme la base de l'attachement affectif et peut jouer un rôle décisif quant à l'accroissement de la capacité de l'enfant (et plus tard, de l'adulte) à réguler stress, émotion et douleur.

Quand Tina, une petite fille de 6 ans, est tombée et s'est entaillé la jambe, cela lui fit très mal. En outre, elle fut très effrayée d'avoir été emmenée aux Urgences pour recevoir des points de suture. Comble du désarroi, sa mère n'avait pu rentrer avec elle dans la salle d'examen. La petite en devint hystérique. Finalement, le médecin permit que la mère se tienne dans l'encadrement de la porte d'où Tina pouvait la voir. Tina se remémora qu'à l'instant même, son degré de terreur et de douleur chuta de manière spectaculaire. Pendant tout le temps que dura le soin de sa jambe, elle resta le regard rivé à celui de sa mère.

Les implications du lien affectif initial pour la relation thérapeutique sont nombreuses. La plupart des thérapeutes sont au courant de sa fonction de régulation des affects. Les patients instables vont souvent, quand ils sont bouleversés, rechercher une interaction avec le thérapeute, se calmant ou pleurant avec soulagement dès qu'ils aperçoivent le thérapeute dans la salle d'attente, ou simplement au son de sa voix au téléphone. Il y a un certain nombre de patients qui sont apaisés, entre les séances, simplement en entendant la voix de leur thérapeute sur le répondeur.

3.3 Accordage, désaccordage et ré-accordage

En principe, la confiance dans le thérapeute peut grandir après une difficulté (la perception ou une suspicion de trahison ou tout autre type de perturbation) à condition

3. Attunement, misattunement, reattunement (NDLT)

qu'il y ait eu rétablissement de la relation (désaccordage et ré-accordage). Mais certains patients traumatisés de Type IIB peuvent être hyper réactifs. Quand les risques de difficulté sont élevés, il serait bon de préparer le patient pour les moments où il pourrait percevoir une réaction du thérapeute comme une offense ou une trahison de sa part. La planification concrète de ces éventualités va énormément faciliter le fait de les transformer en événements constructifs.

De toute sa vie, François n'a jamais pu compter sur quiconque à part lui-même. Ses parents étaient tous les deux alcooliques et son père, en plus, était violent. François était farouchement indépendant et craignait l'intimité. Il était aussi instable émotionnellement; il avait des difficultés à garder un travail car il était enclin à des explosions émotionnelles.

La première étape de la thérapie eut pour but d'augmenter sa stabilité. Nous nous sommes efforcés essentiellement d'accroître en premier lieu ses ressources physiques et psychologiques (voir le chapitre suivant). Toutefois, retrouver des ressources au niveau relationnel était difficile. Le degré de confiance en l'autre était très bas chez lui. Dès le début, j'ai su que François était un excellent candidat à la rupture prématurée de la thérapie lors d'une difficulté (désaccordage). J'ai attendu, cependant, que nous ayons développé un commencement de relation avant d'aborder le sujet. Ainsi donc, au début d'une séance, je discutai avec lui de la probabilité que, plus tard dans le cours de la thérapie, il pourrait être tellement fâché contre moi qu'il pourrait désirer mettre fin à celle-ci. Il reconnut que c'était possible; cela avait déjà été le cas avec trois autres thérapeutes. J'ai alors enseigné à François la conception accordage, désaccordage et ré-accordage de Schore, lui expliquant que le désaccord était non seulement prévisible mais aussi souhaitable. Sans cela, les retrouvailles ne sont pas possibles alors qu'elles sont indispensables pour renforcer la relation. De quoi aurait-il eu besoin pour pouvoir dissiper sa colère envers les autres thérapeutes? Il s'écria que les thérapeutes précédents ne se sentaient aucunement responsables de ses sentiments, qu'ils avaient refusé de voir ce qu'ils avaient fait en réalité et, le plus important, qu'ils avaient refusé de s'excuser. Discuter de tout cela avec François avant que cela n'arrive m'avait donné une idée de sa personnalité et aussi des blessures psychologiques dont il avait souffert. Plus tard, il fut capable de révéler que la souffrance causée par la violence de son père était insignifiante comparée à celle de son absence de remords. François n'avait jamais obtenu d'excuses pour le comportement violent de son père.

Quelques semaines plus tard, j'ai dû reporter un rendez-vous pour cause de maladie. François était furieux et s'est senti abandonné. Il annula le rendez-vous suivant, laissant un message sur le répondeur stipulant qu'il rappellerait au cas où il désirerait un autre rendez-vous. Puisque nous avions préalablement évoqué ce genre de situation, je pouvais me permettre de le contacter et de lui remémorer la prédiction que je lui avais faite. J'ai alors suggéré qu'il vienne au moins cette fois-là pour discuter de ce qui s'était passé. Il accepta, mais sa colère n'avait pas diminué. Il fulmina longtemps durant la séance. Lorsqu'il m'apparut qu'il avait bien

décharge sa colère, je me hasardai à m'excuser de n'avoir pu être disponible au moment où il avait eu besoin de moi. Il resta sceptique et eut besoin de s'assurer de ce que je ne m'étais pas excusée uniquement à cause de ce qu'il avait dit auparavant. Lorsque je lui expliquai que je pouvais voir et entendre le chagrin caché sous sa colère et que j'étais sincèrement désolée de n'avoir pas été là pour lui, il commença à pleurer. Quand il se calma, il put accepter mes excuses et notre travail se poursuivit. Ce fut notre première expérience de rupture et de renforcement de contact – mais, loin s'en fallut, pas notre dernière!

Un autre genre de rupture peut se produire quand le patient transfère le souvenir de l'auteur du trauma sur le thérapeute et s'effraie en sa présence. Lorsque cela se produit, le thérapeute doit absolument aider le patient à expérimenter la réalité du présent et à faire la différence entre les deux personnes. Ce genre de transfert n'est pas propice à la thérapie des traumatismes car c'est d'un allié dont le patient a besoin en la personne du thérapeute. Laisser un patient aux prises avec ce genre de rupture due à un transfert peut nuire très fortement au processus thérapeutique et peut renforcer chez lui le sentiment que personne n'est digne de confiance.

Comme on peut le voir; il y a beaucoup d'itinéraires possibles dans la thérapie des traumatismes. La relation thérapeutique y est de plus ou moins grande importance selon les besoins particuliers à chaque patient. Évaluer le type de patient à qui l'on a affaire et son état du moment aidera à juger de l'importance à donner à la relation.

4 La sécurité

4.1 Dans la vie quotidienne du patient

La première des règles de tout type de thérapie des traumatismes est la sécurité (Herman, 1992). Cette notion s'applique non seulement au cadre de la thérapie, mais aussi à la vie quotidienne du patient. Il n'est pas possible de résoudre un traumatisme alors que le patient vit dans un environnement peu sûr et/ou traumatisant. Résoudre un traumatisme implique le relâchement des défenses qui ont aidé à l'endiguer. Si quelqu'un continue à vivre dans une situation peu sécurisante voire traumatisante, cela n'est ni possible ni recommandé. Lorsque c'est le cas, la première étape doit viser à aider le patient à être ou à se sentir en sécurité. Cela relève du simple bon sens. Par exemple, une femme battue doit être mise en sécurité par rapport à son conjoint violent; un patient qui a été agressé dans sa maison peut avoir besoin d'installer des verrous supplémentaires aux portes et aux fenêtres; une personne victime de viol peut avoir besoin d'attendre que son violeur soit jugé et emprisonné avant de pouvoir aborder les souvenirs du trauma, etc.

Une autre stratégie pour accroître le sentiment de sécurité dans la vie d'un patient est d'identifier et, au moins temporairement, d'ôter autant de déclencheurs de stress qu'il

est raisonnablement possible d'enlever. Des patients peuvent parfois protester contre ce retrait des déclencheurs. Habituellement, ils disent qu'ils ont besoin d'apprendre à vivre avec leurs peurs. Quoi qu'il en soit, ils ont parfois besoin du soulagement que procure le retrait d'un déclencheur pour être capables, plus tard, de le tolérer dans leur vie. Enlever temporairement un déclencheur contribuera parfois à réduire ou à éliminer ses effets; il peut alors être réintroduit, sans plus de conséquences ou très peu, dans la vie du patient.

Robert a connu fréquemment des épisodes de dépersonnalisation. c'est-à-dire qu'il perd régulièrement la notion de sa propre peau, une expérience réellement effrayante. Je lui ai suggéré de retrouver sa sensibilité par le biais d'une douche froide (la différence de température pouvant ramener la sensation au niveau de la périphérie de son corps – Voir à ce sujet le traitement des frontières corporelles au chapitre 7). Bien qu'il fût en principe d'accord avec cette idée, il était réticent à la mettre en pratique car il était terrifié à l'idée de se doucher. Je lui demandai comment il se lavait. Il me répondit qu'il prenait une douche le plus vite possible, en retenant sa respiration. Et chaque jour, il se soumettait à cette torture. À ce moment précis, j'avais plus à cœur de le soulager en lui enlevant cette terreur quotidienne que de savoir ce qui l'avait motivée.

L'interrogeant plus avant, j'appris qu'il n'avait nullement peur ni de se laver ni de l'eau, seulement de la douche. Je lui demandai s'il pouvait se laver les cheveux dans l'évier de la cuisine et se laver au lavabo. Il le pouvait sans difficulté. (Si le problème avait été le fait de se laver, il aurait fallu un peu plus d'ingéniosité pour lui apporter un soulagement dans les limites de l'hygiène nécessaire). Nous avons convenu qu'il arrêterait les douches pendant au moins trois semaines.

Au bout de quatre semaines, il m'a dit avoir pu reprendre les douches quotidiennes. Il n'aimait toujours pas en prendre, mais il n'en était plus terrorisé. Le fait d'enlever ce déclencheur pendant une courte période avait suffi pour le délivrer de son influence.

4.2 Dans l'environnement thérapeutique

Aucune thérapie des traumatismes ne peut ou ne devrait débuter sans qu'une relation sécurisante ne se soit développée entre le patient et le thérapeute. Il n'est bien entendu pas possible – ni même souhaitable – qu'un patient fasse totalement confiance à un nouveau thérapeute. Mais il doit à tout le moins exister un terrain de confiance et du temps pour que chacun puisse s'habituer à l'autre. Quelques éléments d'échec de thérapie peuvent être dus à l'introduction prématuree de techniques, parfois dès la première séance. Il devrait y avoir au moins une séance, et de préférence deux ou trois, avant que des techniques de thérapie des traumatismes soient pratiquées pour laisser le temps au patient de connaître le thérapeute et de bâtir sa confiance en lui.

Mais il n'y a pas de règles en la matière. Certains patients mettent des années avant de pouvoir s'avancer au-delà de la construction relationnelle pour accéder directement à leurs souvenirs traumatisques.⁴

5 Développer et se réapproprier des ressources

Plus le patient a de ressources, plus la thérapie sera facile et prometteuse de bons résultats. Lorsqu'on s'enquiert des antécédents d'une personne, il est bon d'être attentif tant à ses ressources qu'à ses traumas. Il est recommandé d'évaluer les ressources et de développer celles qui font défaut avant d'emprunter la voie difficile d'une thérapie des traumatismes, tout en sachant que certaines d'entre elles seront développées en cours de route. On distingue cinq catégories majeures de ressources: les ressources fonctionnelles, physiques, psychologiques, relationnelles et spirituelles.

Les ressources fonctionnelles comprennent les ressources pratiques, comme la sécurité de l'endroit de vie, la fiabilité du véhicule, etc. En outre, il peut être souhaitable de fournir des ressources sous la forme de contrats de protection passés avec le patient pour la durée de la thérapie. Cette idée est tirée de l'Analyse transactionnelle (Goulding & Goulding, 1977). Un patient traumatisé est souvent confronté à des situations qui reflètent les problèmes explorés en thérapie. C'est un phénomène étonnant bien que courant. Le patient qui travaille un traumatisme dû à un accident de voiture en évite un autre de justesse; une patiente qui travaille les séquelles d'un viol est suivie le soir; etc. La synchronicité est le terme le plus courant pour désigner ce phénomène. Les contrats de protection peuvent être utiles dans ces circonstances. Il s'agit par exemple de passer un contrat pour porter davantage attention à la sécurité en voiture avec un patient travaillant sur le SSPT suite à un accident de voiture, ou un contrat de prudence accrue, le soir, avec un patient ayant subi une agression.

La force physique et l'agilité sont des exemples de ressources physiques. Pour certains, faire de la musculation sera bénéfique. Pour d'autres, des techniques qui entraînent le corps à des mouvements de protection, comme des techniques d'auto-défense seront d'utiles adjoints à la thérapie des traumatismes. De manière générale, développer des ressources physiques va renforcer, pour beaucoup de patients, le sentiment de confiance.

Daniel souffrait d'anxiété depuis qu'il avait survécu à un violent tremblement de terre. Il était extrêmement vigilant, avait un sommeil peu réparateur et éprouvait même des difficultés à prendre un bain. Il sentait qu'il devait toujours être prêt dans l'éventualité d'un nouveau tremblement de terre. Pendant qu'il parlait, j'ai remarqué une discordance au niveau des signaux émis par sa posture. En apparence, il semblait appuyé confortablement dans son fauteuil, mais ses pieds

4. Outre la relation, la sécurité de l'environnement thérapeutique comporte aussi le besoin de se familiariser avec l'endroit (fenêtres, portes, bruits...) (Note de Marie Schils)

étaient placés sur le sol de manière telle qu'il semblait prêt à se sauver à toutes jambes. Lorsque je le lui fis remarquer, il me dit qu'il était incapable de se relaxer, en tout temps. Il était toujours prêt à plonger sous la table ou à courir pour se protéger sous l'encadrement de la porte la plus proche. À ce moment précis, son cœur battait la chamade et ses mains étaient moites. Je lui demandai s'il avait déjà pratiqué un de ces mouvements de protection. Comme il répondait par la négative, je lui suggérai de le faire immédiatement, suivant ainsi l'impulsion de ses pieds. Il le fit, se ruant sur la porte de mon bureau. Il l'ouvrit et s'accroupit dans l'embrasure. Je l'encourageai à répéter plusieurs fois ce mouvement: du fauteuil à la porte et s'accroupir. La troisième fois, je lui demandai comment cela se passait au niveau du cœur et des mains. Les deux étaient redevenus normaux. Je l'ai alors encouragé à continuer de s'entraîner ainsi, à la maison et au bureau, repérant les meilleures voies de salut. Dès la semaine suivante, sa vigilance s'était considérablement relâchée, car il avait ancré dans son corps les mouvements de défense nécessaires à sa protection durant un tremblement de terre.

Les ressources psychologiques comprennent – mais ne se limitent pas à – l'intelligence, le sens de l'humour, la curiosité, la créativité (en ce compris les talents artistiques et musicaux), et pratiquement tous les mécanismes de défense. C'est libérateur de considérer les mécanismes de défense comme les stratégies positives d'adaptation qu'ils ont été à une époque. Chacun d'entre eux est une ressource positive. Les seules exceptions sont les défenses qui, en perdurant, sont dangereuses pour soi ou pour les autres. Chaque défense a été, à un moment donné, une tentative (habituellement fructueuse) de se protéger. Le problème d'un mécanisme de défense n'est pas le mécanisme lui-même, mais le fait qu'il soit devenu automatique et dès lors contraignant. En effet, ce qui manque à tout mécanisme de défense c'est le choix de son contraire (Rothschild, 1995 b). Voici trois exemples qui illustrent bien cela:

1. *Le repli sur soi n'est pas un problème en soi. Qui n'a jamais éprouvé le besoin de se replier par moments? Toutefois, quand on n'est capable que de se replier sur soi et jamais de s'ouvrir aux autres, cela devient un handicap. D'autre part, la personne qui a peur de rester seule et recherche toujours la compagnie des autres, qui n'a donc pas la capacité d'apprécier la solitude, est tout aussi handicapée.*
2. *La personne qui exprime son stress par la colère est apte à se défendre, mais s'aliène parfois les autres de cette manière. La personne incapable d'exprimer de la colère peut éviter l'éloignement de ses amis, mais elle peut être inapte à se défendre en cas de nécessité. Les deux stratégies sont des ressources.*
3. *Beaucoup pourraient envier la personne capable de se dissocier chez le dentiste, au point que le travail douloureux puisse se faire sans anesthésie. Pourtant, une dissociation non maîtrisée de cette ampleur peut causer des problèmes dans d'autres domaines de la vie quotidienne. Dans ce cas, il est indispensable d'aider le patient à apprendre à contrôler la dissociation, c'est-à-dire, à en garder l'usage*

pour les cas où c'est utile (comme chez le dentiste) et rester bien présent quand c'est nécessaire (pour conduire par exemple).

La solution à un mécanisme de défense contraignant n'est donc pas de le supprimer, mais de développer le comportement opposé pour équilibrer et offrir un choix. Avoir une vision positive de la chose aide également le patient qui a honte de ses mécanismes de défense.

Le tissu social habituel d'un patient, à savoir son partenaire ou son époux, d'autres membres de sa famille et ses amis, forme le noyau de ses ressources relationnelles. Les animaux de compagnie font également partie de cette catégorie, ils sont des générateurs potentiels de ressources.

Les personnes et les animaux qui ont été positivement importants dans le passé, qu'il s'agisse d'amis, de parents, de grands-parents, de professeurs ou de voisins, d'un cheval ou d'un animal de compagnie, peuvent tous devenir de puissants alliés pour faciliter la thérapie. Ramener leur souvenir peut provoquer chez le patient des sensations et des sentiments positifs.

La passion d'Alexandra pour l'escalade s'éteignit brusquement après une méchante chute dont le résultat fut une commotion cérébrale et un bras cassé. Quatre ans plus tard, elle était toujours hantée par des images de sa chute, se réveillant parfois trempée de sueur froide au beau milieu de la nuit.

Lorsqu'elle m'en parla, elle pâlit et sa respiration se fit plus rapide. Son mari ne s'était pas montré compréhensif. Il n'avait jamais approuvé son choix sportif et avait été furieux lorsqu'elle s'était blessée. Que l'accident continue de la hanter était pour lui l'assurance qu'elle ne grimperait plus jamais.

Tandis que nous explorions les séquelles de l'accident (voir au chapitre 8 la logique qui sous-tend le fait de travailler d'abord sur les séquelles du trauma), Alexandra se souvint à quel point elle s'était sentie abandonnée par son mari. Les réactions de ce dernier la faisaient souffrir davantage que ses blessures physiques. Elle était revenue de l'hôpital espérant de petits soins attentionnés, mais il était trop fâché pour les lui prodiguer. Il assurait ses besoins élémentaires mais était incapable de lui donner le soutien dont elle avait réellement besoin. « Comment avez-vous pu surmonter cela? », lui demandai-je. Elle me répondit qu'elle n'aurait pas survécu si elle n'avait pas eu son Golden Retriever. « Solo est resté près de moi nuit et jour, ne me quittant que pour quelques courts moments». Immédiatement, je l'encourageai à se souvenir de l'attention de Solo. Où le chien se couchait-il? Comment était le contact avec sa fourrure? Pouvait-elle se remémorer sa chaleur? Plongée dans ses souvenirs de contacts avec Solo, Alexandra se calma petit à petit puis elle se mit à pleurer doucement. Elle était émue de se rappeler tout l'amour que lui avait donné son chien. Sa respiration reprit un rythme normal et son visage, ses couleurs habituelles.

Les ressources spirituelles comprennent la croyance en une puissance supérieure, en une figure religieuse, la pratique religieuse et la communion avec la nature. Il est parfois malaisé pour un thérapeute d'utiliser les ressources spirituelles d'un patient si leurs croyances diffèrent. Il faut absolument arriver à accepter cette réaction de contre-transfert, parce que les ressources spirituelles peuvent être des aides puissantes pour la guérison des états traumatiques. En outre, certaines victimes de traumatismes se sentent trahies par la puissance dans laquelle elles croient. Pour ces personnes, se réapproprier une relation au spirituel perdue sera une étape cruciale dans le processus de guérison.

Quelquefois, aider des patients souffrant de SSPT à examiner la manière dont ils ont survécu à leurs traumatismes est d'un apport précieux. Chaque rescapé d'un traumatisme a joué un rôle dans sa survie, même si c'est en se figeant ou en se dissociant. À travers cet exercice, beaucoup découvrent qu'ils ont un grand nombre de ressources sur lesquelles ils peuvent compter en réalité. Le résultat peut être très encourageant. Enfin, et ce n'est pas rien, rappeler aux patients leurs ressources peut éviter le désespoir:

André, la cinquantaine, était sur le point d'être hospitalisé. Il glissait vers la dépression depuis un incident traumatique lié à son travail à la suite duquel il avait acquis la conviction que sa capacité à faire face était tellement faible que l'hospitalisation était la seule solution. Son épouse le força à m'appeler pour prendre un rendez-vous. Elle le conduisit car son degré d'anxiété était trop élevé pour venir seul. Durant l'interview d'accueil, André ne pouvait que se plaindre au sujet de toutes les facultés qu'il avait perdues. Il ne pouvait plus travailler, il avait perdu des amis, tout le monde avait renoncé à attendre quelque chose de lui, il était constamment anxieux, il ne pouvait rien faire par lui-même.

Je rebondis sur ce dernier commentaire et observai: «Je vois que vous êtes rasé de près; qui vous a rasé aujourd'hui?» «Pourquoi? C'est moi qui l'ai fait!», répondit-il. «Qui vous a habillé alors?», demandai-je. «Je m'habille moi-même», répondit-il un rien méfiant. Je continuai: «Qui vous a fait avaler votre petit déjeuner?» «Je n'ai pas beaucoup mangé», dit-il. «Bien, mais ce que vous avez mangé, qui vous l'a donné?» «Mais, c'est moi, bien entendu!», rétorqua-t-il, commençant à être un peu irrité par mes questions. À la fin de la séance, André était un tout petit peu encouragé. Il s'était lui-même tellement convaincu de sa totale impuissance, qu'il en avait oublié qu'il était encore capable de prendre soin lui-même de ses besoins vitaux. Bien évidemment, cette seule intervention n'a pas suffi à le guérir; mais ce fut une micro-étape qui permit à André de rester chez lui.

6 Les oasis, les ancrages et le lieu de sécurité

6.1 Les oasis

Beaucoup de patients traumatisés gagnent à s'engager dans des activités qui leur procurent une bouffée d'oxygène au milieu de leurs traumas. Ce qui fonctionne sera différent pour chacun, mais certaines activités pour se distraire ont des caractéristiques en commun. Une oasis doit être une activité qui requiert concentration et attention. Regarder la télévision ou lire un livre ne remplit généralement pas ces objectifs tant il est aisément, ce faisant, de vagabonder dans ses propres pensées. Des procédures qui ne sont pas encore devenues automatiques font souvent l'affaire. Par exemple, tricoter fonctionnera pour certaines personnes, sauf pour des as du tricot ou alors, il faut que le modèle choisi soit excessivement difficile à réaliser. Pour d'autres, ce seront des réparations d'autos, pour d'autres, du jardinage ; beaucoup trouvent que les jeux informatiques ou les réussites remplissent bien cet office. Quoi que l'on choisisse comme activité, sa qualité en tant qu'oasis sera évaluée grâce à la conscience corporelle (voir le chapitre suivant) et à la diminution de l'hyperstimulation et du dialogue intérieur.

6.2 Les ancrages

Le concept d'ancrage provient de la Programmation neuro-linguistique (PNL) (Bandler & Grinder; 1979) et a été adapté au bénéfice de plusieurs types de thérapies des traumatismes. Fondamentalement, un ancrage est une ressource concrète, visible (par opposition à une ressource intérieure comme la confiance en soi). Il est préférable que l'ancrage provienne de la vie même du patient afin que les souvenirs positifs s'y rattachent, dans le corps et le mental, puissent être utilisés. Les exemples d'ancrages sont variés. Il peut s'agir d'une personne (un grand-parent, un professeur, une épouse), d'un animal (l'animal domestique préféré), d'un lieu (la maison, un lieu de nature), d'un objet (un arbre, un bateau, une pierre), d'une activité (natation, randonnée, jardinage). Un ancrage efficace procure au patient, émotionnellement et corporellement, un sentiment de soulagement et de bien-être.

Lorsqu'on travaille sur les traumatismes, il est bon de mettre en place, avec chaque patient, au moins un ancrage qu'il pourra utiliser comme outil de freinage chaque fois que la thérapie deviendra difficile à supporter. Les ancrages peuvent également être improvisés par le thérapeute, en introduisant une ressource repérée précédemment.

Je remarquai lors de l'entretien d'évaluation que, tandis que Cynthia me parlait de sa meilleure amie, son maintien avait changé. Elle était entrée dans mon bureau presque en s'excusant, craintive et méfiante. Elle s'était assise dos voûté, inquiète et pâle. Mais dès qu'elle se mit à parler de son amie, par contre, Cynthia s'épanouit littéralement. Sa tête se redressa et sa poitrine se gonfla; le rose lui vint aux joues et sa respiration se calma. Je dessinai une étoile en marge de mes

notes sur son amie. Plus tard durant l'entretien, Cynthia parlait considérablement pendant qu'elle me racontait les nombreux traumas qu'elle avait vécus. Elle me dit que son cœur s'était emballé. À ce moment, je l'interrompis et suggérai de revenir à quelques-unes des choses qu'elle m'avait dites. «Quel était le nom de votre amie? J'ai oublié de le noter. Dites-m'en un peu plus à son sujet». Le simple fait de nommer son amie réduisit immédiatement l'hyperstimulation du système nerveux de Cynthia. Dès qu'elle parla de son amie, elle reprit des couleurs et me dit que le rythme de son cœur avait baissé. Ainsi plus détendue, elle fut plus apte à reprendre l'énumération des événements traumatiques dont elle pensait devoir me parler.

Les ancrages peuvent également être utilisés pour introduire une autre vision de l'événement traumatique : rien n'est changé dans les faits, mais l'impact intérieur est différent.

Lors d'une séance ultérieure, dans la thérapie de Cynthia, j'ai à nouveau fait appel à sa meilleure amie. Cynthia tremblait en racontant un épisode d'abus de la part de sa mère. Elle en avait été terrifiée et était trop petite à cette époque pour se défendre. «En quoi cet incident aurait-il été différent si votre meilleure amie avait été là?», lui ai-je demandé. «Mais, ce n'est pas possible», rétorqua-t-elle «je ne la connaissais pas à ce moment-là!». J'insistai: «Bien sûr, mais si cela avait été le cas, en quoi cela eût-il été différent?» «Eh bien, elle aurait arrêté ma mère. Mon amie est plus grande que ma mère ne l'était, elle aurait pu la maîtriser complètement!». Je lui suggérai alors ceci: «Si vous vous remémorerez la scène maintenant, en imaginant que votre amie est présente, que ressentez-vous dans votre corps?» «Je me sens plus calme». Et elle commença à pleurer: «J'aurais voulu qu'elle soit là, c'était tellement horrible!». Les larmes étaient bienfaisantes. Pour la première fois, Cynthia pouvait avoir du chagrin juste pour la douleur qu'elle avait ressentie à l'époque.

Introduire un ancrage, et particulièrement un ancrage qui provient de la vie quotidienne du patient, ne peut en aucune manière changer la réalité, mais cela peut donner une nouvelle impression et aider la personne à faire la distinction entre le passé et sa vie actuelle.

Mettre en pratique ce système est facile. Il suffit au thérapeute de changer de sujet lorsque la pression devient trop forte. «Arrêtons de parler de cela juste maintenant. Parlez-moi donc de *introduisez l'ancrage*.» La connexion peut être renforcée en ajoutant une perception sensorielle associée à l'ancrage. Une des plus grandes difficultés à mettre en pratique ce système est d'acquérir l'habitude d'interrompre le flux verbal du patient. Toutefois, lorsqu'il apparaît clairement à quel point l'introduction des ancrages est bénéfique, thérapeute et patient acquièrent une plus grande tolérance face à ces interruptions. Les ancrages rendent possible la poursuite du traitement des souvenirs pénibles en diminuant de temps en temps le niveau de l'hyperstimulation plutôt qu'en

permettant aux réactions du SN de monter en flèche. Chaque fois qu'un ancrage est utilisé, l'excitation diminue. Lorsque le patient reprend le récit de ses traumatismes, c'est au départ d'un niveau d'excitation plus bas qu'avant la pause. De cette manière, il est possible de continuer jusqu'au bout le travail sur un traumatisme sans que l'hyperstimulation ne devienne incontrôlable.



La pratique des ancrages figure en bonne place dans la séance de thérapie décrite en détails à la fin du chapitre 6.

6.3 Le lieu de sécurité

Le lieu de sécurité est un ancrage spécialisé. Il a été utilisé pour la première fois dans l'hypnose, pour réduire le stress du travail sur les souvenirs traumatiques (voir eg Napier, 1996). Un lieu de sécurité est un endroit où l'on se sent protégé, qu'il se situe dans les souvenirs ou le présent (Jørgensen, 1992). Il est préférable que cet endroit soit réel, situé sur notre planète et connu par le patient à un moment de sa vie. Des images, sons, odeurs, etc. associés à ce lieu ont en effet été enregistrés comme traces de souvenirs sensoriels propres à ce lieu. Il en émanera des résonances somatiques: signes de détente, respiration approfondie, etc. Tout cela contribuera à rendre ce lieu extrêmement accessible et utile au patient. Ce dernier pourra évoquer son lieu de sécurité pendant les périodes de stress et d'anxiété, ou encore – comme n'importe quel ancrage – pour réduire l'hyperstimulation pendant la séance de thérapie.

6.4 Si rien ne fonctionne...

Quelques patients semblent incapables d'imaginer et/ou d'utiliser les images apaisantes des ancrages et des lieux de sécurité. Il est possible que chaque fois que ces personnes commencent à en imaginer un, il se trouve rapidement « contaminé », d'une manière ou d'une autre, et est donc ressenti comme dangereux. Le patient qui croit que c'est l'imagination qui le contrôle, plutôt que le contraire, tombera dans ce piège. Par exemple, un patient qui a pris comme ancrage un grand-parent « gâteau » se rappellera soudain avoir été déçu par lui; ou un autre s'effrayera tout à coup à l'idée que son lieu de sécurité dans les bois puisse être envahi. En l'occurrence, le thérapeute doit avoir une franche discussion avec son patient, lui rappelant qu'il s'agit de son imagination et qu'il a tout pouvoir pour la contrôler; lui expliquer aussi qu'il n'est pas nécessaire que l'ancrage soit parfait, mais simplement « suffisamment bon ». L'atout du lieu de

sécurité ou de la personne de confiance choisis par l'imagination est qu'ils peuvent être contrôlés, d'une façon qui n'est pas possible dans la vraie vie. Par exemple, on peut limiter l'ancrage aux meilleurs souvenirs ou aux souvenirs idéalisés du grand-parent. Une autre stratégie pourrait consister à visualiser une barrière, visible ou invisible, entourant le lieu de sécurité dans les bois, ou l'utilisation de sentinelles (Bodydynamic, 1988-1992). Des embellissements imaginaires destinés à renforcer l'effet apaisant de l'ancrage ou du lieu de sécurité sont souvent très utiles également.

Des problèmes relatifs à la tolérance aux affects positifs peuvent toutefois réduire l'efficacité d'un ancrage ou d'un lieu de sécurité. Il y a un petit pourcentage de patients qui deviennent anxieux lorsqu'ils imaginent ou qu'ils vivent des situations ou des états positifs. Certains patients souffrant de SSPT éprouvent de la difficulté à différencier les réponses du système nerveux aux émotions positives (joie, excitation, etc.) de celles générées par l'anxiété, la respiration et le rythme cardiaque accélérés se retrouvant dans les deux cas. L'entraînement à la conscience corporelle (voir le chapitre suivant), aidera à faire la différence car l'anxiété s'accompagne habituellement d'une pâleur et d'une baisse de température du visage et des extrémités alors que l'excitation et la joie amènent plutôt des couleurs et de la chaleur.

Un autre problème concernant la tolérance aux affects positifs survient lorsque le patient redoute les bonnes sensations, de peur qu'elles ne durent pas. À nouveau, on aura recours à la conscience corporelle, en aidant le patient à reconnaître le fait qu'aucun état émotionnel ou somatique ne dure éternellement. Apprendre à ressentir les fluctuations des sensations somatiques peut renforcer l'idée que les états émotionnels ont aussi leurs fluctuations.

7 L'importance de la théorie

Un des moyens dont dispose le thérapeute pour accroître la sécurité dans la thérapie des traumatismes est de bien connaître la théorie à ce sujet. Quand un thérapeute sait ce qu'il fait et pourquoi il le fait, il y a beaucoup moins de risques d'erreurs. La théorie est plus efficace que la technique, car s'il est possible qu'une technique ne fonctionne pas, la théorie, en revanche, vous laisse rarement tomber. Lorsqu'on est rompu à la théorie des traumatismes, il n'est même pas nécessaire de connaître beaucoup de techniques car les idées d'intervention jailliront de la compréhension et de l'application de la théorie à un patient particulier, souffrant d'un traumatisme particulier, à un moment particulier. De plus, quand un thérapeute s'appuie sur une bonne connaissance de la théorie, il devient possible d'adapter la thérapie aux besoins du patient plutôt que d'exiger de ce dernier qu'il s'adapte à une technique en particulier.

Parfois même, enseigner la théorie elle-même au patient peut être exactement le remède dont il a besoin à un moment donné. L'enseignement de la théorie est tout spécialement efficace quand le patient souffre de plusieurs traumatismes et n'est pas prêt à utiliser des techniques.

Les deux exemples qui suivent illustrent bien ce cas.

Il fallut un bon moment à Frédéric avant de pouvoir faire le lien entre ses réactions physiologiques débilitantes et les corrections qu'il avait reçues dans son enfance. Intellectuellement, il savait qu'il y avait un rapport, mais il ne pouvait l'établir concrètement. Un jour, il arriva à sa séance profondément abattu. Il était inquiet car il était devenu suicidaire – ce qui était inhabituel chez lui. Tandis que nous examinions ses ressentis et la conscience qu'il avait de son corps, il se mit à pleurer: «Ce n'est pas tellement que je veuille mourir, c'est que je me sens tellement mort à l'intérieur». Une image se forma en moi. Je lui demandai s'il avait déjà pu observer une souris qui s'était fait attraper par un chat. Ayant grandi dans un milieu rural, il avait vu la scène bien des fois; il se souvenait de la souris qui «faisait la morte». Je l'amenai à considérer ce comportement de la souris, ce qui nous conduisit à une discussion au sujet du système nerveux végétatif et à la théorie des réactions de figement.

Il fut très touché, parvenant rapidement à établir le parallèle entre ce talent que possède la souris à feindre la mort et ses propres réactions. Il se souvint de lui faisant la même chose de nombreuses fois, en réponse aux coups qu'il recevait. Après quelques minutes d'intégration de l'information, tout à coup la compréhension se fit. Frédéric réalisa qu'après tout, il n'était pas vraiment suicidaire, mais bien plutôt qu'il se connectait à sa propre «souris». Son soulagement était visible. Cette séance eut un effet catalyseur pour la suite de sa thérapie. Ayant pu trouver une signification positive à ses engourdissements, il fut moins effrayé à l'idée d'identifier d'autres sensations corporelles ainsi que leur relation avec son passé traumatisant. Des sensations autrefois effrayantes (comme celle de faire le mort, à l'instar de la souris, pour survivre) devinrent des alliées.

Simon, la petite vingtaine, vint en consultation parce qu'il manquait de confiance en lui. Il m'expliqua son plus gros problème : il était incapable d'obtenir son permis de conduire. Il avait déjà essayé à de nombreuses reprises et se sentait nul – tous ses amis avaient réussi et conduisaient leur voiture, et ses parents étaient déçus, ne comprenant pas quel était son problème. Son instructeur avait remarqué que Simon pouvait conduire plutôt bien par moments, mais qu'à d'autres, il ne remarquait même pas le camion qui se trouvait tout près de lui. L'instructeur ne savait plus que faire.

Lors d'un questionnement plus poussé, Simon décrivit sa difficulté comme quelque chose qui ressemblait à une sorte de dissociation. Il «planait» et perdait toute notion de ce qu'il était en train de faire. Tandis que Simon me décrivait le phénomène, il commença à se dissocier d'une manière semblable. Il ne se souvint plus de ce qu'il allait dire, pâlit assez fort et n'entendit plus ma voix qu'à travers une sorte de brouillard, comme si elle venait de loin. Je changeai de sujet de conversation, ramenant quelque chose de positif qu'il avait mentionné auparavant, et il se stabilisa. Il fut alors capable de retrouver le fil de ce qu'il voulait me dire.

Après avoir pris note de ses antécédents, qui comprenaient plusieurs incidents de traumatismes précoces, je lui expliquai le fonctionnement du système nerveux végétatif ainsi que le phénomène de dissociation. Simon comprit ses réactions dissociatives et fit des suppositions sur leur cause. L'impact fut spectaculaire. Dès la séance suivante, il avait cessé de se voir en conducteur maladroit et incompétent. Il avait compris qu'il avait de la difficulté à conduire, non du fait qu'il en était incapable mais parce qu'il avait eu, dans le passé, des expériences qui continuaient à l'affecter. Il fut capable d'expliquer cela à ses parents et à ses amis qui se montrèrent pour la plupart plus compréhensifs. De façon tout à fait étonnante, il réussit à se servir de l'information qu'il avait reçue lors de notre séance et de l'expérience vécue de contrôle de la dissociation pour diminuer le phénomène pendant qu'il conduisait: il changeait le cours de ses pensées pour les diriger vers quelque chose de positif et était ainsi capable de se concentrer sur la route. Cela lui réussit au point que peu de temps plus tard, il passa avec succès l'examen de conduite. Tout son entourage fut stupéfait.

En outre, de même que la perception de son problème était passée «d'inaptitude inhérente à sa personne» à «problème dû à un passé traumatisque», sa perception de lui-même changea du tout au tout. Il n'était plus un imbécile maladroit mais quelqu'un qui avait des expériences passées à travailler. Ce revirement d'opinion donna à Simon le courage de prendre en mains d'autres tâches, dans les domaines physique et relationnel, tâches qu'il pensait autrefois au-dessus de ses forces.

Il est bien évident que les changements spectaculaires de cette sorte ne sont pas la norme. Mais pour beaucoup, la théorie est la clé qui ouvre la porte à de nombreuses ressources.

8 Le respect des différences individuelles

En thérapie, le taux d'erreur peut être diminué en n'attendant pas d'une intervention qu'elle fonctionne de la même façon pour deux patients. Lorsqu'une technique ne fonctionne pas, il serait bon que le thérapeute considère le problème au niveau du choix ou de la pertinence d'une technique, jamais au niveau du patient. Penser que ce dont ce patient a réellement besoin n'a pas encore été découvert permettra de ne jamais l'accuser de «faire de la résistance». De plus, il est important pour les thérapeutes travaillant avec le SSPT d'être formés à plus d'une technique. Cela permettra d'assurer une thérapie conçue pour répondre aux besoins du patient et non l'inverse. Et enfin, le thérapeute doit se préparer à ces moments particuliers où la meilleure technique est l'absence de technique. Parfois en effet, l'intervention la plus efficace est simplement d'«être avec» le patient et de parler de choses banales.

9 Les principes de base de la thérapie somatique des traumatismes

La liste suivante condense les points les plus importants d'une thérapie des traumas sécuritaire et résume ce chapitre.

1. Veiller avant toute chose à ce que le patient se sente en sécurité en thérapie et qu'il soit aussi en sécurité dans sa vie;
2. Établir un bon contact avant de traiter les souvenirs traumatiques ou d'appliquer n'importe quel outil technique – même si cela prend des mois ou des années;
3. Être capable d'utiliser les «freins» avant d'utiliser l'accélérateur;
4. Repérer et renforcer les ressources internes et externes du patient;
5. Considérer les défenses comme des ressources. Ne jamais «se débarrasser» des mécanismes de protection/de défense du patient; l'aider à augmenter ses ressources pour qu'il ait plus de choix;
6. Toujours travailler pour réduire la pression, jamais pour l'augmenter car le système interne du traumatisme fonctionne comme une casserole à pression;
7. Adapter la thérapie au patient plutôt que vouloir que le patient s'adapte à la thérapie. Ce qui signifie que le thérapeute ait à sa disposition plusieurs outils et modèles de traitement;
8. Avoir une bonne connaissance de la théorie des traumatismes et du syndrome de stress post-traumatique, tant au point de vue physiologique que psychologique, ce qui réduit les erreurs et permet d'adapter de façon créative les techniques pour répondre aux besoins spécifiques de chaque patient;
9. Ne jamais attendre qu'une intervention ait le même résultat avec des personnes différentes. Toujours considérer le patient avec ses différences spécifiques, ne jamais le juger s'il ne se conforme pas à une technique proposée ou si une intervention «ne fonctionne pas»;
10. Être prêt à mettre de côté toutes les techniques habituelles pendant quelques séances ou même pendant toute la thérapie et juste ÊTRE AVEC le patient.

Les techniques et principes destinés à augmenter les ressources du patient, ralentir les processus et appliquer les freins seront expliqués dans le chapitre suivant.

Chapitre 6

L'utilisation du corps comme ressource

A Toast

*The soul may be a mere pretense,
the mind makes very little sense.
So let us value the appeal
of that which we can taste and feel¹.*

Piet Hein

On ne le répétera jamais assez: pouvoir utiliser le corps comme ressource dans le traitement des traumatismes et du SSPT ouvre sur des bienfaits potentiels incomensurables, quel que soit le type de traitement choisi. Ce chapitre présente des stratégies de travail avec le corps qui n'impliquent pas le toucher et des interventions destinées à augmenter les ressources somatiques c'est-à-dire à faire du corps un allié. La plupart des thérapeutes pourront facilement adapter les idées expliquées ci-après à leur propre façon de travailler:

I | La conscience corporelle

Un outil des plus pratiques dans le traitement des traumatismes et du SSPT consiste à faire appel à la conscience que le patient a de l'état de son corps, à savoir sa perception des sensations précises et coexistantes qui lui parviennent par les stimuli internes et

1. «Portons un toast. L'âme peut n'être que pure prétention; quant à l'esprit, il n'a que très peu de sens. Alors, évaluons l'appel de ce que nous pouvons goûter et ressentir.»

externes. La conscience des stimuli sensoriels actuels représente notre lien fondamental avec le moment présent. Elle est également en liaison directe avec nos émotions. Utilisée comme un outil thérapeutique, la simple conscience corporelle permet d'évaluer, de diminuer et de stopper l'hyperstimulation traumatique et de bien faire la distinction entre le passé et le présent. De plus, la conscience corporelle représente la première étape pour interpréter le souvenir somatique.

La pratique de la concentration sur les sensations et les processus corporels n'est pas neuve. Beaucoup de thérapies orientées vers le corps utilisent, peu ou prou, la conscience corporelle comme fondement ou comme adjvant à leurs méthodes. L'utilité de cultiver la conscience de l'état corporel plonge ses racines dans les pratiques orientales de la méditation et du yoga. C'est en 1942 qu'apparaît pour la première fois l'idée d'utiliser la conscience corporelle comme outil dans la psychothérapie occidentale, sous la plume de Fritz Perls, thérapeute gestaltiste dans *Ego, Hunger and Aggression*². Ce concept a été ensuite vulgarisé dans son autre livre intitulé : *In and Out of the Garbage Pail*³. Des exercices de croissance personnelle, basés sur le principe de conscience corporelle de Perls – en suivant les changements par la conscience sensorielle précise des environnements interne et externe – ont été publiés deux ans plus tard dans *Awareness: Exploring, Experimenting, Experiencing*⁴ de John O. Stevens.

Porter attention au corps n'a pas toujours été, de manière générale, au cœur du traitement psychothérapeutique des traumatismes et du SSPT. Alors qu'il est bien attesté que le SSPT va de pair avec des sensations corporelles dérangeantes et avec des comportements d'évitement (APA, 1994), on peut s'étonner qu'il n'ait pas souvent été proposé de porter attention à la sensation et au mouvement comme faisant parties intégrantes d'une stratégie de traitement des traumatismes en psychothérapie.

I.1 Qu'est-ce que la conscience corporelle?

Il est éminemment difficile de définir quelque chose d'aussi subjectif que la conscience corporelle. Aussi nous contenterons-nous de la définition suivante pour les besoins de cette matière comme référence ultérieure pour ce livre :

La conscience corporelle signifie la conscience subjective et précise des sensations corporelles résultant de stimuli en provenance de l'intérieur et de l'extérieur du corps.

La conscience corporelle est la conscience des signaux du système nerveux sensoriel dont il a déjà été question au chapitre 3. Bref rappel : la conscience corporelle des extérocepteurs provient de stimuli dont l'origine se situe en dehors du corps (ces extérocepteurs sont les cinq sens : le toucher, le goût, l'odorat, l'ouïe et la vue).

2. Le Moi, la faim et l'agressivité

3. Littéralement « Remplir et vider le seau à ordures »

4. La conscience : exploration, expérimentation et connaissance

La conscience corporelle des intérocepteurs est constituée par les sensations en provenance de l'intérieur du corps (du tissu conjonctif, des muscles et des viscères). La conscience corporelle n'est pas une émotion comme la peur par exemple. Les émotions sont identifiées par une combinaison de sensations corporelles distinctes :

$$\begin{array}{c} \text{Respiration} \\ \text{superficielle} \end{array} + \begin{array}{c} \text{Rythme} \\ \text{cardiaque} \\ \text{accéléré} \end{array} + \begin{array}{c} \text{Sueurs} \\ \text{froides} \end{array} = \text{Peur}$$

Voici une liste (non exhaustive) des termes qui facilitent l'identification de sensations corporelles diverses :

Respiration : localisation, rythme, profondeur;

Position du corps ou d'une partie du corps dans l'espace : droit, incliné, rotation, torsion

Humidité de la peau : sèche, moite

Température : chaud, froid ;

Perceptions du corps : tendu, détendu; grand, petit; nerveux, calme; en mouvement, tranquille; vertige(s); frisson(s), picotements, fourmillements; pression, tiraillements; contraction, expansion; rythme cardiaque, pouls; douleur, brûlant, brûlure; vibration, tremblement; faible, fort; somnolent, torpeur; (r)éveillé, éveil; bâillement; larmes, pleurs; léger, lourd; doux, dur; serré, relâché; courbé, raide; équilibré, irrégulier; noué; tremblant; vide, plein.

I.2 Le développement de la conscience corporelle

Beaucoup de patients ont déjà une bonne notion de ce qu'ils ressentent dans leur corps et sont capables de décrire leurs sensations. Avec eux, il est donc possible d'utiliser immédiatement la conscience corporelle comme ressource (voir la partie qui suit). D'autres patients, cependant, ne savent que répondre quand on leur demande ce qu'ils ressentent comme sensations corporelles dans le moment. Ils sont parfois même incapables de ressentir quelque sensation corporelle que ce soit, ou encore, ils ressentent quelque chose mais n'ont pas les mots pour le décrire. D'autres encore sont tellement peu en contact avec leur corps qu'à cette question ils répondront sur un toute autre sujet: « C'est comme ce que je vous disais à propos de mon patron, la semaine dernière... ».

Dans ces cas-là, il ne faut pas désespérer: La plupart de ces patients peuvent apprendre à identifier leurs sensations et à y prêter davantage attention. Beaucoup d'entre eux trouveront l'expérience enrichissante.

L'exercice suivant illustre l'apprentissage de la conscience corporelle :

- Premièrement, ne bougez pas. Remarquez la position dans laquelle vous êtes assis maintenant.
- De quelles sensations êtes-vous conscient? Passez en revue tout votre corps: la tête, le cou, la poitrine, le dos, l'estomac, les fesses, les jambes, les pieds, les bras, les mains.
- Vous sentez-vous à l'aise? Ne bougez pas encore.
- Comment savez-vous que vous êtes à l'aise ou pas? Quelles sont les sensations qui vous signalent le confort/l'inconfort?
- Ressentez-vous le besoin de changer de position? Ne le faites pas encore, enregistrez simplement cette impulsion.
- D'où provient ce besoin? Si vous deviez changer de position, quelle partie du corps bougeriez-vous en premier lieu? Ne le faites pas encore. Retournez d'abord à la sensation d'inconfort qui vous pousse à le faire: est-ce le cou qui est tendu? Est-ce que vous ressentez un engourdissement quelque part? Vos orteils sont-ils froids?
- Maintenant, suivez votre impulsion et changez de position. Quels changements sont apparus dans votre corps? Respirez-vous plus facilement? Y a-t-il apaisement d'une douleur ou d'une zone de tension? Êtes-vous plus alerte?
- Si vous ne ressentez pas le besoin de changer de position, vous vous sentez probablement à l'aise. Quels sont les signes corporels qui vous l'indiquent? Vos épaules sont-elles détendues? Votre respiration profonde? Sentez-vous la chaleur partout dans votre corps?
- Maintenant, changez de position, que vous vous sentiez à l'aise ou non (et donc à nouveau si vous l'aviez déjà fait auparavant). Asseyez-vous ailleurs ou autrement. Essayez une autre chaise, mettez-vous debout, ou asseyez-vous sur le sol. Prenez une autre position et maintenez-la. Évaluez à nouveau votre niveau de confort. Quelles sont les sensations corporelles qui vous renseignent sur votre niveau de tension ou de relaxation: la chaleur ou le froid; la douleur; l'engourdissement; l'amplitude de votre respiration; le lieu où vous respirez, etc.? Remarquez également si vous vous sentez plus – ou moins – vigilant ou éveillé dans cette position que dans celle que vous aviez précédemment.
- Essayez une troisième position. Évaluez-la comme ci-dessus.
- Notez rapidement ce que vous avez vécu, en restant dans le registre de la sensation corporelle: tension, température, respiration, etc. «Lorsque j'étais assise dans le fauteuil, je ressentais une tension au niveau des épaules et j'avais chaud aux pieds. Lorsque j'ai été m'asseoir sur le sol, mes pieds sont devenus froids et mes épaules se sont détendues.»

Cet exercice peut être adapté à chaque patient. Il en aidera plus d'un à se familiariser avec l'identification des sensations corporelles, tout en sachant que, pour certains, cela ne fonctionnera pas. Et si l'on veut renforcer et affiner le développement de

cette ressource, on continuera le questionnement au sujet de la conscience corporelle dans les séances de thérapie ultérieures. Certains patients qui ne parviennent pas à distinguer leurs sensations, même en passant en revue chaque partie du corps, se verront aidés par des questions plus spécifiques du genre: «Que ressentez-vous dans l'estomac juste maintenant? Quelle est la température de vos mains? Pouvez-vous localiser votre respiration?», etc.

Chez les patients pour lesquels la notion de conscience corporelle dans sa globalité est trop étrangère ou effrayante, prématurée voire même frustrante, il est préférable de procéder par une approche indirecte. Leur demander, par exemple, comment ils trouvent la température de la pièce; si le tissu du fauteuil leur semble doux ou rugueux au toucher; ou bien s'ils ont soif et désireraient quelque chose à boire; bref, toutes choses qui vont stimuler la conscience corporelle. Une autre stratégie consisterait à explorer le sens kinesthésique: «Sans regarder, pouvez-vous me dire comment sont positionnées vos jambes (ou vos mains) à cet instant même?».

Annie tentait de prendre distance par rapport à son mari abusif. Parfois, il surgissait où elle habitait et elle repartait avec lui. Ce n'est que bien plus tard qu'elle s'aperçut de son erreur. Pour elle, c'était comme si elle entrait dans un état de conscience modifié. Le fait qu'elle ne pouvait pas maîtriser son comportement, encore moins décrire comment elle se sentait, la perturbait énormément. Elle se sentait stupide et honteuse. Prendre conscience de son corps était généralement difficile pour Annie mais, en dépit d'une certaine anxiété, elle voulait essayer.

Je décidai de ne pas la questionner directement sur son corps car elle aurait pu se sentir frustrée de ne pas donner la «bonne» réponse. Aussi lui demandai-je: «Pouvez-vous sentir le fauteuil sur lequel vous êtes assise? Oui, elle le pouvait. Je risquai: «À quoi ressemble ce que vous sentez?» Elle fut capable de décrire ce qu'elle sentait de la texture de l'assise et aussi de dire que le fauteuil était bancal (un des pieds était effectivement un peu plus court que les autres). «Vous sentez-vous plus anxieuse, moins anxieuse ou est-ce la même chose qu'à votre arrivée?» Elle se sentait un tout petit peu moins anxieuse. Jusque là, cela allait. Je pouvais m'aventurer un peu plus loin. «Vous pouvez sentir le fauteuil en dessous de vous maintenant. Pensez-vous que, si votre mari était aux alentours, vous seriez tout aussi capable de sentir le fauteuil? Elle se fit plus attentive et répondit à la question: «Non, je ne pense pas que je le pourrais. En fait, je pense que je suis incapable de ressentir quoi que ce soit quand je suis près de lui». Pour la première fois, elle était capable de décrire un des aspects de son état de conscience modifié: l'absence de sensations. Rien que par le simple biais de cette courte initiation à la conscience corporelle, Annie pouvait comprendre que, si elle ne ressentait rien en présence de son mari, elle ne pouvait que consentir très facilement à ses volontés. Ce fut une toute petite étape sur le chemin du long apprentissage du contrôle de sa vie.

Il est possible, dans quelques rares cas, d'éliminer quelques-uns des symptômes de traumatisme, simplement par accroissement de la conscience corporelle. Une séance

comme celle-là ne résoudra pas forcément le traumatisme dans son entièreté, mais elle aidera énormément à restaurer un fonctionnement normal. Dès ce moment, le patient occupera une position nettement plus forte pour décider de la suite de sa thérapie.

À son adolescence, et après deux «mauvais trips» de LSD, Christian commença à souffrir de flash-back périodiques et de fréquentes crises de panique. Il avait essayé un traitement médical sans succès. À 25 ans, il décida d'essayer la psychothérapie. Au bout de quelques séances, Christian commença à identifier et à décrire ce qui était à l'origine de ses crises de panique. Il s'agissait d'une sensation particulière dans le ventre qu'il reconnut comme précédant le début d'un flash-back. Lorsqu'il ressentait cela, il redoutait d'être sur le point de déclencher un flash-back et il se mettait à paniquer. Le fait qu'il avait eu moins de flash-back depuis quelque temps n'y changeait rien. Cette sensation dans le ventre l'effrayait et déclenchait la crise de panique.

Deux choix de directions thérapeutiques s'offraient à nous et nous en avons discuté. Le premier: se concentrer sur la situation présente, à savoir la sensation au niveau du ventre et les crises de panique ou, le deuxième: creuser le passé (les «mauvais trips» de LSD). Christian ne voulait pas s'attaquer aux souvenirs avec le LSD, mais était désireux de travailler la situation actuelle.

Nous avons continué à développer la conscience corporelle et essayé de déterminer à quoi ressemblait la sensation dans le ventre plus en profondeur, au moment où elle se manifestait. J'ai demandé à Christian de jouer les détectives et de noter soigneusement à quel moment elle se produisait, en quelles circonstances, combien de temps elle durait, etc. Dans les semaines qui suivirent, il découvrit que cette sensation se manifestait vers le milieu de la matinée quand il était constipé. Les jours où il allait normalement aux toilettes, il n'avait pas à affronter cette sensation et n'avait donc pas de crise de panique. Dès lors, les pistes de travail se précisaien. Christian reçut donc la consigne d'observer soigneusement ses habitudes matinales et ses petits déjeuners pour découvrir ce qui était différent les jours sans crise de panique. Ce fut très simple. Les jours où il se levait au moins une heure et demie avant son départ pour aller travailler, et donc bien avant son petit déjeuner, il se sentait très bien. Par contre, les jours où il s'était levé en catastrophe une demi-heure avant de devoir filer à toute allure, après avoir avalé une tasse de café en sautant le petit déjeuner par la même occasion, la crise se produisait, j'ai émis l'idée que la dose de caféïne, sans adjonction de protéines ou d'hydrates de carbone, combinée à la chute du taux de sucre dans le sang due à l'absence de petit déjeuner le rendaient plus vulnérable à la panique. Christian décida volontairement de s'en tenir à un horaire matinal strict et à «petit déjeuner» tous les jours. En très peu de temps, les crises de panique avaient totalement disparu. Comme son but était atteint, il décida d'arrêter momentanément sa thérapie. Toutefois, son expérience avait été tellement fructueuse qu'il était déterminé à la reprendre afin de s'occuper de ses peurs des flash-back et même de l'impact des «mauvais trips» sous LSD.

Avertissement: il est contre-indiqué d'enseigner la conscience corporelle dans certaines situations. En voici deux exemples (il en existe sûrement d'autres):

- 1° Certains traumas provoquent de tels dommages à l'intégrité corporelle que toute tentative de sensibilisation à la conscience corporelle, va réactiver trop vite le souvenir du (des) trauma(s) et risque de causer des débordements émotionnels, des sentiments de submersion et un risque de décompensation.
- 2° Certains patients vont se croire obligés de ressentir leur corps «correctement» et développer ainsi une sorte d'anxiété de performance. Avec des patients de ce genre, il vaut mieux laisser de côté la conscience corporelle et mettre l'accent sur les bases décrites dans le chapitre précédent (développer la sécurité, établir la relation thérapeutique, développer des ressources internes et externes, trouver des oasis). Plus tard, lorsque ces patients se sentent plus calmes, ils sont habituellement plus aptes à explorer le territoire intimidant des sensations corporelles.

2 L'appriboisement des sensations

Comme on l'a vu dans les exemples précédents, les patients souffrant de SSPT, surtout quand l'anxiété et les crises de panique se manifestent fréquemment, en arrivent souvent à percevoir leurs sensations corporelles habituelles comme dangereuses dès lors qu'elles leur rappellent des incidents traumatiques. Lorsqu'il n'est pas possible de faire la distinction entre les sensations de bien-être et les sensations qui indiquent un inconfort ou un danger; toutes les sensations peuvent être perçues comme dangereuses. Trouver le moment opportun et le rythme adéquat pour l'entraînement à la conscience corporelle permet au patient de réapprendre la fonction positive des sensations.

Les sensations sont des signaux. Elles nous préviennent quand nous sommes fatigués, éveillés, affamés, rassasiés, assoiffés, assouvis, quand nous avons froid, chaud, quand nous sommes à l'aise, gênés, heureux, tristes, etc. Quand un thérapeute se trouve face à des patients qui ont peur d'éprouver des sensations, ou qui souhaitent n'en ressentir aucune, le fait d'imaginer les conséquences de cette incapacité à ressentir la douleur ou la peur peut les inciter à modifier leur point de vue. *Comment pourriez-vous savoir que la casserole est brûlante? Vous pourriez vous brûler et ne pas vous en rendre compte. Comment pourriez-vous savoir où se trouvent les limites de l'exercice? Les blessures seraient monnaie courante. Comment pourriez-vous savoir qu'il ne faut pas marcher seule dans une rue déserte ou vous approcher d'un chien dans la rue si vous ne ressentiez pas la peur?* On se rend très vite compte que la vie serait extrêmement dangereuse si on n'avait pas accès à ses sensations et à ses émotions.

Lorsque les exercices de conscience corporelle sont bien dosés, les patients peuvent se familiariser petit à petit avec leurs sensations corporelles. Et habituellement, ils se rendent compte que, plus ils les apprivoisent, moins elles sont effrayantes.

2.1 La conscience corporelle comme instrument pour l'identification des émotions

Le lecteur se souviendra de la théorie des marqueurs somatiques de Damasio (chapitre 3) qui veut qu'à chaque émotion soient associées des sensations corporelles spécifiques, bien que des sensations corporelles particulières puissent se retrouver dans le registre de plusieurs émotions. Avec des patients qui sont incapables de reconnaître et de nommer leurs émotions (le terme scientifique pour ce déficit est alexithymie), développer ou rétablir la conscience corporelle est inestimable.

Une façon d'aider ces patients à reconnaître leurs émotions consiste à profiter de situations où l'expression d'une émotion se manifeste, que ce soit dans le visage, la posture ou le ton de la voix. C'est le moment d'interrompre le récit ou l'exercice et de demander au patient : « De quoi êtes-vous conscient dans votre corps à cet instant même ? » ou, plus spécifiquement, « Avez-vous remarqué que votre respiration a changé – ou que vous avez rougi – ou combien il vous a été difficile d'avaler votre salive maintenant ? ». Souvent l'identification de plusieurs sensations corporelles simultanées devra se développer progressivement avant que le patient ne puisse les associer à une émotion. Il peut être utile de lui demander s'il a déjà ressenti ces sensations en même temps auparavant et, dans l'affirmative, quelle émotion il a ressentie alors. Il existe aussi une autre possibilité qui est de demander au patient ce qu'il pense que quelqu'un d'autre pourrait avoir comme émotion avec les mêmes sensations corporelles.

3 L'utilisation du corps comme ancrage

La conscience des sensations corporelles du moment peut ancrer quelqu'un dans l'instant présent et l'aider à faire la distinction entre le passé et le présent. Il y a moins de risques de rester perdu ou coincé dans le passé lorsqu'on est conscient de ses sensations corporelles présentes. C'est très important quand on travaille avec les traumatismes et le SSPT parce que la tendance à être aspiré par les souvenirs du passé peut être considérable et la décompensation risque d'être grave. Ressentir le corps est une activité du présent. Une chose est d'avoir le souvenir d'une sensation, une autre de la ressentir à nouveau *maintenant*. Il faudra bien sûr rappeler tout cela à certains patients lorsque leurs sensations déclenchent un flash-back.

3.1 L'utilisation de la conscience corporelle comme ancrage plutôt que comme accélérateur

Le bref épisode suivant de l'histoire de Charlie et le chien, 3^e partie (suite des pp. 53 et 54) illustre l'emploi de la conscience corporelle comme ancrage.

Aider Charlie à se concentrer sur la conscience de son corps était crucial pour le calmer et le sortir du figement dans lequel il se trouvait. Plusieurs fois je dirigeai son attention sur son corps : « Qu'est-ce qui se passe dans ton corps en ce moment précis ? De quoi d'autre es-tu conscient ? » Ses jambes étaient raides, sa respiration minimale, sa bouche était sèche et son cœur battait à tout rompre. Par chance, Charlie avait développé une bonne connaissance de son corps et nous avons pu en tirer un bon parti. J'ai continué à le ramener régulièrement aux mêmes endroits de son corps pour lui permettre d'évaluer les nuances de changement dans ses jambes, sa respiration, son cœur et sa bouche. Plus il prêtait attention à son corps, plus le calme s'installait en lui. À chaque passage en revue, ses jambes se détendaient, sa respiration et son cœur se calmaient. Seule la sécheresse de la bouche persistait sans que l'on puisse rien améliorer.

Lorsque le but est l'ancrage, le questionnement pour favoriser la conscience corporelle doit se faire sur un mode bien rythmé, pas en vitesse, mais de manière à ne pas permettre au patient de se concentrer longtemps sur une seule sensation. Les questions doivent aussi être posées au présent, le but étant de maintenir le patient dans le moment présent. Ce genre d'investigation rapide de la conscience corporelle est destiné à relâcher la pression. Dans le cas contraire, quand les questions sont posées sur un rythme plus lent, permettant de s'attarder longuement sur une sensation, le risque est grand de réveiller plus de souvenirs. C'eût été contre-indiqué pour Charlie, car il n'était pas capable de faire face à plus de matériel traumatique à ce moment-là – la pression avait déjà atteint son maximum.

Contrairement à ce qu'on pourrait croire, l'anxiété baisse habituellement chez les patients qui sont ainsi encouragés à remarquer et à décrire leurs sensations corporelles par cette méthode d'examen rapide. Lorsqu'ils sont passés maîtres dans cet art, beaucoup de patients signalent que cela les soulage, pendant la thérapie des traumatismes, de pouvoir diriger leur attention sur leurs sensations du moment. La conscience corporelle peut ainsi devenir un lien rassurant au présent.

La conscience corporelle peut aussi être utilisée pour renforcer les ancrages et les lieux de sécurité dont il a été question plus haut. En effet, plus les sensations corporelles qui leur sont associées seront positives, plus grand sera leur effet apaisant.

4 L'utilisation du corps comme instrument d'évaluation

Surveiller de près les sensations corporelles des patients, et tout particulièrement celles qui mettent en lumière l'état du SNV (voir figure 1, page 47), fournit un indicateur fiable du rythme idéal de la thérapie.

L'habileté à reconnaître les signes d'hyperstimulation, de suractivité du SNV s'acquierte facilement mais, comme tout savoir-faire, demande de la pratique. En remarquant ce qui se passe chez son patient, le thérapeute se donne un outil objectif d'évaluation de

l'état de stimulation de son système nerveux. Il est également judicieux d'enseigner au patient à reconnaître chez lui les signes d'une activation du système nerveux végétatif, pour qu'il gagne en conscience corporelle et en connaissance et en contrôle de soi.

Le SNV n'est pas le seul indicateur utilisable en thérapie des traumatismes. Il peut être utile de remarquer d'autres types de réactions corporelles: raideur, douleur d'estomac, changement dans la vision ou l'audition, etc. Il sera parfois utile de s'en tenir à une seule sensation et d'en dépister le moindre changement tout au long de la thérapie (voir la séance de thérapie détaillée à la fin de ce chapitre).

4.1 Les limites

Les observations du thérapeute combinées au feed-back sensoriel du patient sur l'état du SNV sont des outils parmi les plus puissants pour déterminer le rythme adéquat de la thérapie. Il y a cependant certaines limites à ces observations.

L'observation du teint du patient est un outil majeur de l'évaluation du stade atteint par le SNV car la peau, particulièrement celle du visage, est habituellement visible par le thérapeute. C'est évidemment plus facile avec les teints clairs; cependant, les peaux foncées rougissent et pâlissoient elles aussi. Il s'agit juste d'habituer l'œil à percevoir les variations. Une peau foncée ne rougira pas de la même manière qu'une peau claire. Elle fonce davantage quand l'afflux sanguin est plus important. De la même manière, elle ne pâlit pas mais, en perdant la pigmentation rouge due à l'afflux sanguin, elle devient plus grise que brune.

Le thérapeute malvoyant est plus limité pour l'observation de l'activation du SNV. Cependant, certaines limitations peuvent être transformées en avantages. Le patient, devant fournir plus d'informations au thérapeute qui ne peut les observer lui-même, acquiert la pratique de remarquer et d'exprimer ses sensations. La problématique est la même avec les patients dont le malaise empire visiblement sous le regard de l'autre. Avec ces patients, se retourner ou changer la direction du regard peut être très bénéfique. Il y a même possibilité de tirer avantage de la situation: «Je suis d'accord de ne pas vous regarder. Cependant, puisque je ne peux pas vous voir, j'ai besoin de votre aide. Dites-moi, avez-vous chaud au visage en ce moment même?» (L'élévation de la température va de pair avec le rougissement; la peau froide avec la pâleur). «Où se situe principalement votre respiration, est-ce votre poitrine ou votre ventre qui se gonfle et se rétracte?», etc. Les patients se retrouvant dans cette situation sont généralement heureux d'apporter leur aide même si, habituellement, ils ne sont pas très conscients de leur corps.

4.2 L'évaluation et la régulation de l'hyperstimulation

Évaluer l'activation du SNV par l'observation et le niveau de conscience corporelle du patient peut accroître la fiabilité de l'échelle SUDS bien connue (Subjective Units

of Disturbance Scale)⁵ (Wolpe, 1969). Comme son nom l'indique, il s'agit bien d'une mesure subjective. Le patient évalue son état émotionnel sur une échelle de 1 à 10, 1 étant égal à tout à fait calme et 10 représentant l'état le plus perturbé. En observant le SNV, de visu et avec le feed-back sensoriel du patient, le thérapeute obtient une mesure supplémentaire. Il n'est pas rare, par exemple, que des patients se donnent une mesure faible du SUDS alors que leur cœur bat très vite ou que leurs mains sont moites (qui sont des signes de grande excitation du SNV), cela pourrait indiquer une anxiété sous-jacente dissociée d'une manière ou d'une autre. En comparant les deux mesures observées (SUDS et SNV), le thérapeute dispose d'une importante information, que ces mesures se recoupent ou qu'elles divergent.

Une fois ces indicateurs assimilés, il est alors possible, en les utilisant, de trouver le bon rythme de la thérapie. L'exemple qui suit illustre une situation où ces indicateurs n'ont pas bien été pris en compte.

Gilberte a été agressée lorsqu'elle était petite. Beaucoup de problèmes émotionnels s'ensuivirent lorsqu'elle grandit. Elle arriva en thérapie au début de la trentaine, déjà en état de décompensation et terrifiée à l'idée d'affronter ses souvenirs de l'agression. Après de très nombreuses séances destinées à la stabiliser et à développer la relation thérapeutique, elle arriva un jour pleine d'un courage tout neuf pour me raconter l'incident. Je l'ai écoutée, tout à la fois émue et captivée. J'étais heureuse qu'elle se sente prête à creuser cet incident traumatique et curieuse de savoir ce qu'elle allait révéler; j'étais tellement intéressée que j'en ai oublié une de mes règles fondamentales: il vaut mieux que je contienne parfois ma curiosité. J'ai aussi négligé de surveiller les réactions de son SNV et omis de l'aider à freiner. En dépit de la conscience périphérique que j'avais de sa pleur graduelle et du figement progressif de son visage, je l'ai laissé continuer à parler. À la fin de la séance, ses traits auparavant animés étaient figés comme un masque. Elle a dit aller bien, malgré une légère sensation d'étrangeté. Après son départ, l'anxiété ne fut pas bien longue à la frapper de plein fouet. Le reste de la semaine, elle n'a pas arrêté de me téléphoner, en proie à la panique.

Tout ce dont Gilberte aurait eu besoin pour que son récit soit maîtrisé, c'eût été que l'hyperstimulation et la tension faciale croissantes soient prises en compte. Lui ménager des pauses en détournant son attention vers un ancrage, un lieu de sécurité ou une autre ressource, avant que l'hyperstimulation ne soit trop forte, aurait complètement modifié le résultat thérapeutique. Il eût été simple de faire de petits arrêts et de ralentir le processus. Et même si Gilberte n'avait pu finir son histoire, elle aurait passé une bien meilleure semaine.

Interrompre un patient de cette manière empêche le niveau d'excitation d'atteindre le point de dissociation, de figement ou de submersion. Des pauses, l'utilisation

5. Échelle des unités subjectives de perturbation (ou de détresse). (Note de Marie Schils)

des freins et autres interventions de ce genre durant toute la séance permettent au patient de travailler avec beaucoup plus d'aisance sur ses souvenirs terrifiants.

L'échelle suivante permet d'évaluer le niveau du SNV, de la relaxation à l'hyperstimulation:

- *Système en état de relaxation*: activation essentiellement modérée du système nerveux parasympathique (SNP). La respiration est ample et facile, le rythme cardiaque est au ralenti, la carnation est normale.
- *Légère excitation*: signes d'activation de faibles à modérés du système nerveux parasympathique (SNP), combinés à une activation de faible niveau du système nerveux sympathique (SNS). La respiration et le rythme cardiaque peuvent s'accélérer tandis que la couleur de la peau reste normale; la peau peut pâlir et s'humidifier légèrement sans accroissement de la respiration et du rythme cardiaque.
- *Hyperstimulation modérée*: signes principaux de l'augmentation de l'excitation du SNS: pulsations cardiaques rapides, respiration rapide, pâleur, etc.
- *Hyperstimulation aiguë*: signes de très grande excitation du SNS: pulsations cardiaques accélérées, respiration accélérée, pâleur du visage, sueurs froides, etc.
- *Hyperstimulation dangereuse*: signes de très grande excitation des deux systèmes en même temps, le SNS et le SNP. En voici quelques exemples: pâleur (ou diminution de la couleur) de la peau (SNS) et rythme cardiaque lent (SNP); pupilles largement dilatées (SNS) et rougeur de la peau (SNP); rythme cardiaque lent (SNP) et respiration rapide (SNS); respiration très lente (SNP) et rythme cardiaque rapide (SNS), etc.

Un système nerveux en état de relaxation indique que le patient est calme et que la thérapie progresse à un niveau confortable. La légère excitation indique l'animation et/ou un inconfort supportable. Un SNP essentiellement en état de relaxation ou légèrement activé peut indiquer des émotions comme la tristesse, la colère ou le chagrin. La plupart des patients sont suffisamment stables pour supporter une légère excitation. L'hyperstimulation modérée peut signifier que le patient a du mal à supporter ce qui se passe et peut être passablement anxieux; cela pourrait indiquer l'utilité éventuelle d'appliquer un frein. Une hyperstimulation aiguë signale le besoin de freinage immédiat avec n'importe quel patient.

L'hyperstimulation dangereuse est le signe que le patient a atteint un haut niveau de stress traumatique; le processus s'accélère à un niveau incontrôlable. Il est probablement en train de revivre le traumatisme sous forme de flash-back (qui peuvent être des images, des sensations corporelles, des émotions ou une combinaison de ces éléments), ce qui peut entraîner de la panique, un effondrement nerveux ou un figement (immobilité tonique). Ces états de très grande stimulation peuvent aussi comprendre des émotions comme la rage, la terreur ou le désespoir: À ce stade, il faut absolument freiner, que ce soit par la conscience corporelle et/ou des stratégies qui

seront expliquées au chapitre suivant. Avant de laisser le patient retourner chez lui, ou continuer son exploration ou travailler avec les souvenirs traumatiques, le thérapeute doit l'aider à se stabiliser. La stabilisation est indiquée aussi bien lors de l'activation faible du sympathique que lors de l'activation essentiellement parasympathique. Un des objectifs visés par l'apprentissage de l'observation des signaux corporels de l'excitation du SNV est d'acquérir la capacité d'éviter ce stade extrêmement traumatique (et potentiellement re-traumatisant), et donc de ralentir la thérapie avant que ce stade ne soit atteint.

Durant une séance de thérapie, pendant le travail sur un traumatisme, Quentin rougit violemment dans le visage et dans le haut de la poitrine (il portait une encolure en V). Il signala qu'il ressentait de la chaleur au front et à la poitrine, et que son rythme cardiaque s'était accéléré. Je remarquai aussi que sa respiration s'était faite rapide et superficielle – signes d'une grande activation du SNS et du SNP en même temps. Quentin ressentait un grand malaise et cela se voyait. Nous avons stoppé net en abordant un sujet qui lui remettait en mémoire ses forces et ses ressources. Dès que le calme revint (couleur de la peau, respiration et rythme cardiaque à peu près normaux), nous sommes revenus au sujet douloureux. Cela prit plusieurs séances et des va-et-vient entre les souvenirs traumatiques et les freins mais, finalement, nous avons su tous les deux que nous avions atteint le niveau de résolution. En effet, alors qu'il revenait une nouvelle fois au souvenir traumatique, rythme cardiaque, coloration et température sont restés dans les limites du SNP et sa respiration se fit plus lente et plus profonde, des signes d'activation normale du SNP. Il sentait dans son corps, et je pouvais le constater de visu, que son SUDS avait atteint le niveau plancher.

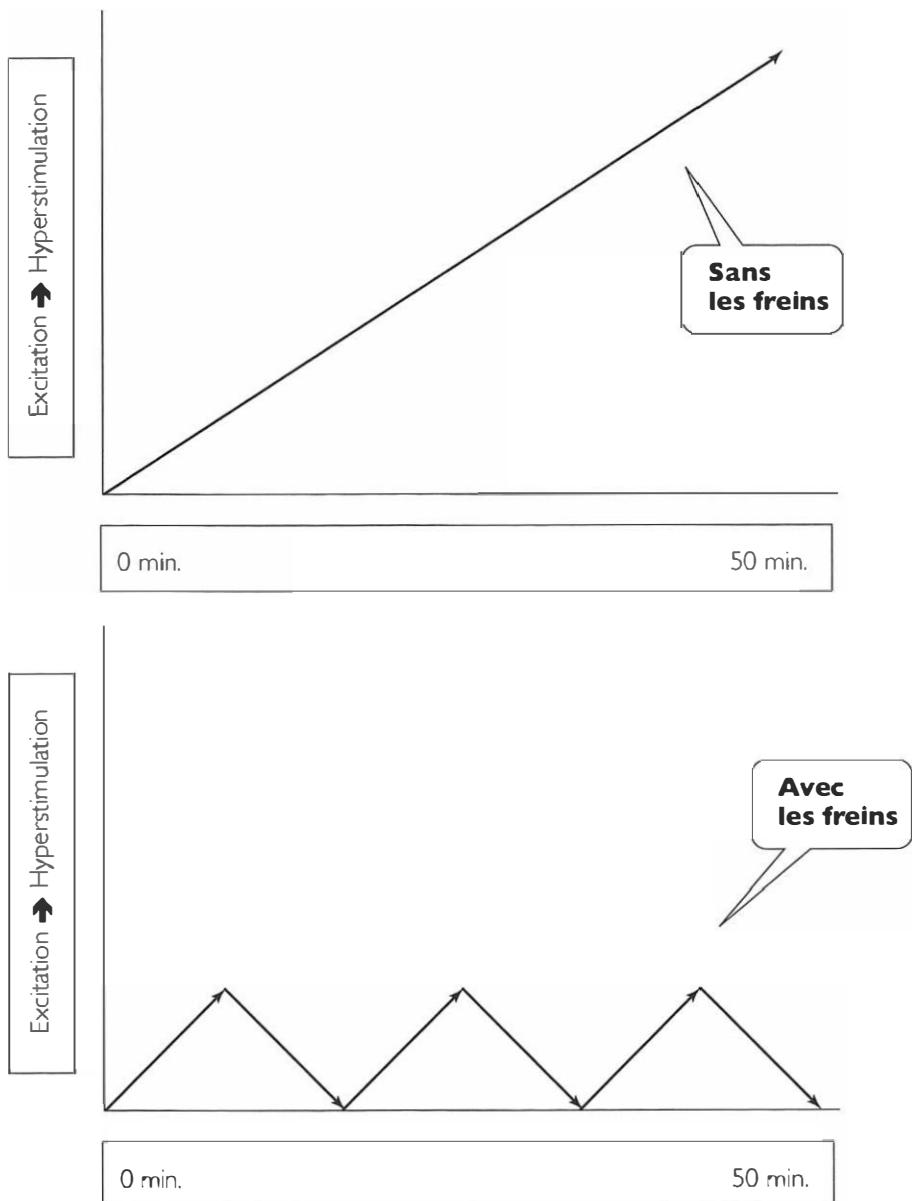
L'objectif, en freinant et en abaissant le niveau d'excitation, n'est pas seulement d'offrir une pause et un sentiment de sécurité. Cela permet également, comme on l'a vu dans l'exemple précédent, de poursuivre la thérapie à un niveau d'excitation plus bas. Sans utiliser les freins, l'excitation ne ferait que grandir comme le montre la figure 1.

4.3 Le dosage du rythme du récit

Plus le patient donnera de détails en retraçant les circonstances de l'événement traumatique, plus le risque d'hyperstimulation sera grand. Le contrôle du SNV avec la possibilité d'appliquer les freins aidera beaucoup le patient à tolérer et digérer le processus.

Une autre manière de contrôler le processus consiste à diviser le récit en trois étapes: 1^o nommer le traumatisme, 2^o expliquer le traumatisme dans les grandes lignes, en donnant un titre pour chaque incident majeur; 3^o compléter les détails de chaque incident, l'un après l'autre.

Figure 1. Traitement du traumatisme en thérapie



D'abord, faire nommer le traumatisme par le patient (*par exemple, «J'ai été blessé(e) lors d'un attentat terroriste»*). Observer et demander le feed-back du patient sur ce qu'il ressent dans son corps. Si l'y a déjà hyperstimulation, le patient n'est pas en condition psychophysique pour raconter l'événement. La priorité consistera alors à stabiliser, à renforcer la tonicité musculaire et à augmenter la confiance et le niveau de sécurité.

Si, par contre, le patient peut nommer l'incident sans qu'il y ait augmentation significative de l'excitation ni dissociation, ou si l'émotion est libérée en une catharsis raisonnable et que l'excitation baisse, l'étape suivante consiste à expliquer les grandes lignes du trauma, à nouveau sans détails:

«*Il y a eu une explosion*».

«*J'ai reçu un éclat et j'ai été projeté sur le sol*».

«*Les services de secours ont cru que j'étais mort et m'ont laissé là*».

«*J'ai été capable d'appeler au secours et on s'est occupé de moi*».

«*À l'hôpital, ma mère a piqué une crise d'hystérie et m'a dit que j'étais stupide de m'être trouvé dans cette zone*».

Le patient aura parfois de la difficulté à s'en tenir aux grandes lignes et s'égarera dans les détails. Il sera alors nécessaire que le thérapeute l'interrompe et le ramène dans les limites fixées pour éviter le risque d'hyperstimulation. Même si le patient désire raconter toute l'histoire immédiatement, cela peut ne pas être une bonne idée. Cependant, s'il insiste, cela vaut parfois mieux pour lui de le faire, mais parfois ce n'est pas le cas. Il vaut mieux lui expliquer la logique qui sous-tend le fait de trouver le bon rythme et l'encourager à maîtriser ses propres réactions. Surveiller le SNV et les autres signes somatiques constituent le meilleur indicateur. Le mieux est de ne jamais dépasser ce que peut supporter le SNV du patient. Il est également préférable de choisir un rythme qui aide le patient à donner un sens à ses réactions et aux événements qui les ont provoquées.

Finalement, quand le patient est prêt – ce qui peut se réaliser immédiatement ou des années plus tard – il raconte chaque incident en détail en contrôlant avec le thérapeute son niveau d'hyperstimulation :

«*Il y a eu une explosion. C'était assourdissant. Je l'ai ressentie avant même de l'entendre. Je n'ai pas eu le temps d'avoir peur tant tout cela est arrivé vite. Tout le monde hurlait – je ne pouvais les entendre à cause de la détonation – mais je pouvais voir les bouches ouvertes sous l'effet de l'angoisse. J'ai essayé de bouger, mais je ne le pouvais pas. J'ai cru m'évanouir... »*

Pendant que se déroule ce récit, le thérapeute interrompra périodiquement le patient et vérifiera le niveau d'excitation du SNV. Si un ancrage a pu être trouvé

précédemment, ce sera le moment de l'utiliser, pendant les pauses, pour calmer toute hyperstimulation, ce qui facilitera la reprise du récit par le patient. Les patients font habituellement état, grâce à cette stratégie, d'un plus grand sentiment de contrôle sur leurs souvenirs, ce qu'ils n'avaient jamais éprouvé auparavant.

5 L'utilisation du corps comme frein

Le cas suivant, reproduit d'un précédent article (Rothschild, 1993), illustre bien comment la simple conscience corporelle peut être utilisée pour réduire l'hyperstimulation et mettre fin à des crises de panique chroniques.

Une jeune femme me fut adressée en thérapie pour des crises de panique et de l'agoraphobie. Au départ, le travail consistait à bâti la conscience corporelle, augmenter ses frontières et établir un réseau d'amis. Il s'agissait, dans le travail sur la conscience corporelle, d'augmenter de manière structurée sa tolérance envers ses sensations corporelles dont elle avait très peur. Nous discutions d'une question et retournions sans cesse à ses sensations pour voir le changement qui s'opérait d'un thème à l'autre. Dès qu'elle sentait l'anxiété monter, nous restions avec les sensations jusqu'à ce qu'elles s'éloignent. Après une courte période, elle fut capable d'emménager dans son propre appartement et d'accepter un travail proche de chez elle.

Après cinq mois, elle arriva en thérapie en annonçant qu'elle avait eu au travail, la semaine précédente, la pire crise de panique de sa vie. Elle entreprit de décrire, au moyen de sensations corporelles précises et détaillées, le déroulement de la crise : quand l'anxiété avait commencé, ce qui s'était passé au niveau de sa respiration, du rythme cardiaque, des muscles et de la température de son corps. Elle terminait son récit en disant « j'avais très chaud partout et la crise passa » – cela n'avait duré en tout qu'une ou deux minutes. Elle était extrêmement fière d'elle. C'était la première fois dans son long passé de crises qu'elle était capable de suivre le déroulement de la panique jusqu'à la fin. Elle n'avait jamais cru la chose possible ni même qu'une crise pouvait durer en fait si peu de temps. À ma connaissance, bien qu'elle vive occasionnellement de l'anxiété, elle n'a plus jamais connu de crise de panique.

6 L'utilisation du corps comme journal intime ou comment donner un sens aux sensations

Grâce à son système de stockage et de messagerie, le corps détient les clés d'une quantité de ressources pour accéder aux expériences traumatisques, les identifier et les résoudre.

L'identification des déclencheurs traumatiques est un des grands défis de la thérapie des traumatismes. Des stimuli en provenance de l'environnement peuvent déclencher par inadvertance une réaction traumatique. Souvent, les gens subissent des réactions sans savoir ce qui les a provoquées. Pister la réaction jusqu'à sa source, le déclencheur, peut demander un effort important. Pour y parvenir, la conscience corporelle constitue une aide précieuse. Le protocole ci-après est utile à l'identification des déclencheurs :

- Remarquez ce que vous ressentez dans votre corps à l'instant même. Soyez aussi précis que possible, particulièrement en ce qui concerne les perturbations de la respiration, du rythme cardiaque et de la température de votre corps.
- Repensez à la dernière fois où vous vous êtes senti(e) calme : cela constituera le point A.
- Identifiez approximativement le moment où vous avez commencé à vous sentir perturbé(e) : ce sera le point B.
- Faites la navette entre les points A et B, en tenant compte de tous les aspects de votre environnement : les gens, la conversation, les objets, les comportements. Rappelez-vous également ce que vous étiez en train de penser à chaque étape. Notez votre conscience corporelle tandis que vous vous concentrez sur chacun des aspects.
- À chaque élément, demandez-vous « Est-ce cela qui m'a bouleversé(e)/effrayé(e)/perturbé(e)? » et notez vos réactions corporelles et émotionnelles.
- Vous serez probablement en mesure maintenant d'identifier l'élément déclencheur lorsque vos sensations corporelles perturbantes et/ou votre niveau émotionnel augmente(nt).

Ce protocole ne fonctionne pas avec tout le monde, mais beaucoup de mes patients le trouvent très utile, principalement ceux qui ont des crises de panique et d'angoisse.

Suzanne utilisa cette méthode après avoir vu un film qui l'avait laissée dans un état de profonde angoisse. À sa plus grande confusion, son cœur battait à tout rompre pendant toute la soirée qui avait suivi le film. Il n'y avait aucun doute sur le fait que le trouble était survenu pendant le film, car elle avait été très calme auparavant. Elle ne parvenait pas à saisir ce qui avait bien pu la bouleverser ni pourquoi.

Comme elle l'avait appris en thérapie, avant de se coucher (elle n'aurait d'ailleurs pas pu trouver facilement le sommeil dans cet état), elle s'assit seule et se raconta tout haut l'histoire du film. Ce fut vers la fin de ce récit que les larmes jaillirent et qu'elle commença à trembler. La source du bouleversement la surprit mais prit ensuite tout son sens car c'était un petit coin négligé de sa propre histoire qui avait été mis en lumière par le film. Elle comprit qu'elle avait touché le point sensible car, quand elle s'arrêta de pleurer, son rythme cardiaque était à nouveau

normal et le resta. Elle nota l'incident pour en parler en thérapie dans le courant de la semaine. Elle s'octroya une bonne tasse de camomille et s'endormit comme un bébé.

Grâce à la conscience corporelle et en faisant la navette du point A (avant le film) au point B (après le film), Suzanne a réussi à identifier la source de son mal-être. Ce fut le rappel d'une question non résolue de sa vie passée. L'identification du déclencheur eut raison de son angoisse et elle parvint à laisser de côté ce problème jusqu'à la séance suivante.

Les sensations peuvent également donner un sens à la mémoire somatique, et un lent questionnement de la conscience corporelle est alors ce qui fonctionne souvent le mieux. Le patient reste durant une minute ou plus avec une sensation pour voir ce qui en résulte. Exemple:

Danielle, la soixantaine, pleurait toujours son mari, mort à 35 ans, cinq ans plus tôt. Sa mort fut un choc fulgurant. Elle était au volant lorsqu'il fit une crise cardiaque à côté d'elle. Elle avait roulé comme une folle dans l'espoir d'arriver aux urgences avant qu'il ne soit trop tard. Nous avons passé évidemment beaucoup de temps à traiter de l'événement et de son chagrin. Elle souffrait aussi d'un problème persistant à la hanche droite qui lui causait une douleur chronique. Ce problème était apparu environ un an après le décès de son mari. Elle a fait appel à des orthopédistes, chiropraticiens et acupuncteurs qui l'ont un peu soulagée, mais la douleur a persisté. Elle désirait voir si je pouvais l'aider pour cela aussi.

Je l'amenai à se concentrer sur sa hanche et à décrire ses sensations de douleur de façon aussi précise que possible (genre, localisation, stable ou lancinante, etc.). En m'inspirant du modèle SIBAM de Levine (voir au chapitre 4), j'ai investigué la conscience qu'elle avait d'autres éléments liés à ces sensations. Tandis qu'elle restait concentrée sur la douleur à la hanche, je lui demandai ce qu'elle ressentait dans d'autres parties de son corps. Il apparut que, plus elle se concentrait sur cette douleur, plus ses pulsations cardiaques s'accéléraient. Je lui demandai également quelles émotions elle ressentait. Elle était effrayée. Je lui suggérai de rester quelques minutes avec ces sensations: douleur, rythme cardiaque, peur. Comme elle le faisait, son pied droit s'enfonçait de plus en plus dans le tapis. Il ne fallut pas longtemps avant qu'elle n'inspire une énorme goulée d'air et n'éclate en sanglots: « J'ai conduit le plus vite que j'ai pu. Je roulaïs pied au plancher. C'était une vieille voiture et je n'ai pas pu aller plus vite ! ». Il devint tout à fait clair qu'une grande partie de son problème de hanche était dû à ce souvenir d'avoir appuyé de toutes ses forces sur la pédale d'accélérateur.

Ce travail n'a pas complètement guéri son problème physique, car la tension dans sa jambe durait depuis quatre ans. Cependant, la douleur fut soulagée et les traitements médicaux firent plus d'effet. Cette séance facilita également le processus de deuil. Elle fut en mesure de se sentir moins coupable de n'avoir pu arriver à temps à l'hôpital.

7 L'utilisation de la mémoire somatique comme ressource

Le terme *souvenir somatique* est habituellement associé au souvenir d'événements traumatiques effrayants. Mais le corps se souvient également de sensations positives. La conscience des sensations corporelles peut être une véritable autoroute vers le passé, un outil qui permettra au patient non seulement de se reconnecter à des souvenirs traumatiques oubliés mais également à des ressources oubliées.

Se souvenir combien l'on se sentait à l'abri et en sécurité, assis(e) dans la cuisine de Grand-mère – avec l'accentuation du côté confortable de la sensation – peut être encore plus important pour un fonctionnement quotidien optimal que de se souvenir d'un incident effrayant et le travailler:

Parfois, un souvenir somatique positif peut aider un individu à résoudre une difficulté actuelle sans avoir à être confronté avec le souvenir traumatique terrifiant qui l'avait déclenchée. Et si, en fin de compte, le patient décide quand même de travailler l'incident traumatique, le souvenir positif utilisé préalablement avec succès sera d'une grande aide pour atténuer la terreur.

Thomas devait demander une augmentation à son patron. Il ne pouvait plus se permettre de continuer son travail au salaire qu'il recevait. Il avait remis la confrontation à plus tard depuis trop longtemps. Le père de Thomas était plutôt du genre tyrannique; il avait durement battu son fils au moindre signe de rébellion. Il avait les jambes molles rien qu'à l'idée de devoir être assertif au travail. Nous avons décidé, à ce moment-là de sa thérapie, qu'il serait plus judicieux de travailler sur ses ressources que sur les problèmes avec son père.

J'ai demandé à Thomas s'il se souvenait avoir réussi, ne fût-ce qu'une fois, à s'affirmer en toute sécurité. Son plus grand succès en ce domaine avait eu lieu cinq ans plus tôt lorsque, rassemblant tout son courage, il avait demandé un premier rendez-vous à une femme qui l'attirait. Elle devint plus tard sa femme et il en était toujours très amoureux. Je l'ai aidé à se remémorer, dans son corps et dans sa tête, combien il avait eu peur avant d'oser lui demander de sortir avec lui et combien il s'était senti fier et heureux après. Il eut quelques légers mouvements du pied lorsqu'il se revit sur le seuil de sa maison à l'issue de leur premier rendez-vous. Je le lui fis remarquer; en était-il conscient? Non, il ne s'en était rendu compte que quand je le lui avais fait remarquer. Je l'encourageai à refaire ces mouvements et même à les exagérer un peu. Il fut immédiatement à quoi ils correspondaient: il avait quasiment dansé dans les escaliers de l'immeuble après l'avoir quittée et ses pieds se souvenaient de la fête! Comment se sentait-il lorsque ses pieds dansaient? Merveilleusement bien! Excité, confiant, détendu!

Après cela venait le défi. Je lui suggérai d'imaginer qu'il arrivait en dansant pour obtenir cette augmentation de son patron. Il se sentait toujours angoissé, mais un peu moins, et même légèrement excité à l'idée de ce défi. Il est bien sûr évident qu'il ne fallait pas que Thomas arrive en dansant dans le bureau de son patron.

Nous avons donc travaillé à changer les mouvements de danse en de très subtils mouvements tournants des orteils et du talon qu'il pouvait faire, assis ou debout, sans attirer l'attention, pendant qu'il parlait à son patron.

La semaine suivante, quand il eût finalement abordé son patron, il obtint une augmentation, pas aussi conséquente que celle qu'il avait demandée, mais quand même correcte. Il était très fier de lui. Il avait eu peur, mais les mouvements des pieds étaient venus renforcer le souvenir de l'assertivité fructueuse ainsi que celui de l'amour et du soutien de sa femme qui y étaient liés, et le tout l'avait aidé à persévérer.

8 La facilitation de la thérapie des traumatismes par l'utilisation du corps comme ressource

L'exemple de séance suivant illustre l'utilisation de la conscience corporelle, du frein et d'un ancrage pour diminuer la souffrance provoquée par le traitement d'un souvenir traumatique. Les thérapeutes seront à même de voir à quel moment leurs propres méthodes pourront s'adapter le mieux: prolongation de l'exposition au souvenir traumatique, utilisation de la stimulation bilatérale, suggestion de mise à distance du souvenir; etc. Les commentaires explicatifs concernant l'intention du thérapeute et/ou la théorie se trouvent entre parenthèses et en italiques.

(*Gisèle, la quarantaine, mère de deux enfants, qui souhaitait depuis quelque temps pouvoir aborder un accident de voiture survenu quand elle avait 18 ans, se sent prête maintenant à l'affronter. G = Gisèle, T = la thérapeute.*)

T: La façon dont nous sommes assises vous convient-elle? (Je suis assise dans un fauteuil et G a choisi un endroit sur le sol.)

(*Établissement du sentiment de sécurité en s'occupant des frontières, de la position et de la distance.*)

G: Non, vous êtes beaucoup trop loin et nous ne sommes pas à la même hauteur.

T: Comment souhaitez-vous changer cet état de fait? (G s'est rapprochée et s'est assise sur une chaise.)

(*Donner le contrôle de la situation au patient quand c'est possible.*)

G: Cette distance est bonne.

T: Comment savez-vous qu'elle est bonne?

(*Mettre en rapport la conscience corporelle et l'évaluation cognitive.*)

G: Parce que je ne me sens pencher ni vers l'avant ni vers l'arrière.

T: Bien. Qu'attendez-vous de cette séance?

(*Contrôle du patient: travailler ce que G veut travailler.*)

- G: Travailler sur cet accident de voiture que j'ai eu adolescente et qui m'affecte toujours actuellement.
- T: Que ressentez-vous physiquement quand vous dites cela? Cela m'a l'air d'être une obligation pour vous.
- G: Cela me fait peur:
- T: Qu'est-ce qui, dans votre corps, vous fait dire que vous avez peur?
(Faire la connexion entre conscience corporelle et émotions.)
- G: Mes mains sont moites et je sens le stress là (elle désigne sa poitrine). Je pense: «Est-ce que je veux réellement m'occuper de cela?» et je me sens tendue aussi au niveau des épaules.
- T: Désirez-vous vraiment faire cela?
- G: OUI!! (Elle sourit.)
- T: Qu'est-ce que vous ressentez dans la partie qui le veut? Cela donne une impression différente quand vous souriez et que vous dites «OUI!»
(Renforcer la partie qui a envie de relever le défi de faire face au trauma.)
- G: Cet accident m'a affectée de plusieurs façons et je ne veux plus de cela dans ma vie.
- T: Comment ressentez-vous ces paroles dans votre corps? La tension est-elle la même?
- G: Non, elle a diminué.
- T: Ainsi, vous pouvez être en contact avec cette partie en vous qui veut aller de l'avant et au bout de cette histoire?
- G: Oui.
- T: Pouvez-vous aussi ressentir la partie qui ne le veut pas?
(Reconnaître et maîtriser les deux réalités pour G: une partie d'elle-même veut faire face au trauma et le travailler, l'autre ne veut pas. C'est vrai pour la plupart d'entre nous dans la plupart des traumatismes. Cela vaut la peine de travailler sur les traumatismes, mais ce n'est pas particulièrement agréable.)
- G: Je sens mon cœur battre plus vite. J'ai peur. Je pense: «Je ne sais pas ce que cela veut dire. Je ne sais pas ce que cela veut dire».
- T: Bien. Et savez-vous pourquoi vous voulez travailler cela maintenant? Pourquoi pensez-vous qu'il est important de le faire?
(Engager la partie de G qui veut affronter l'accident. Cette partie deviendra une puissante alliée quand le processus sera plus difficile.)
- G: J'ai tout le temps peur que quelqu'un ne se blesse. C'est la même chose quand mes enfants se font un peu plus audacieux. J'ai peur qu'ils ne

connaissent pas leurs limites et qu'ils se fassent mal. C'est exactement ce qui est arrivé lors de l'accident de voiture. Je n'ai pas respecté une limite. Je sais maintenant que c'est en rapport avec cela. Je peux faire quelque chose avec cela! Je réalise que cet accident a eu une immense influence dans ma vie, et je sens que je peux maintenant y faire face.

T: Ce que vous venez de dire, c'est: «Je peux faire quelque chose à cela!»

G: C'est comme cela que je le ressens, je peux y faire quelque chose. Il me semble que j'ai le pouvoir de faire quelque chose à cela.

T: Dites cette phrase: «Je peux faire quelque chose à cela!» et voyez comment cela résonne dans votre corps.

(Soutenir G dans sa conviction qu'elle est prête à affronter cela maintenant en la connectant avec ses sensations corporelles.)

G: Je sens que j'ai le pouvoir de faire quelque chose à cela.

T: Comment ressentez-vous ce pouvoir dans votre corps?

G: Je le sens ici (pointant sa poitrine).

T: Au même endroit qu'où se trouvait le trac?

G: Oui.

T: Comment vous sentez-vous à cet endroit?

G: Bien; je sens réellement bien à cet endroit que j'ai le pouvoir de faire quelque chose.

T: Et vous sentez ce pouvoir ici (je pointe ma poitrine), juste un peu à gauche?

G: Oui.

T: D'accord, continuons alors. Si, à un moment donné du travail, vous vous sentez plutôt mal à l'aise: anxieuse, tendue (ou en train de vous figer), ou quoi que ce soit d'inconfortable, comment pourrions-nous prendre une pause, une distance par rapport à cela? Existe-t-il un sujet que je pourrais amener qui serait source, pour vous, de force ou de sensation agréable?

(Déterminer un ancrage pour le moment où le travail sur le traumatisme deviendra trop pénible.)

G: La nature, les arbres, une promenade dans les bois.

T: Y a-t-il un chemin en particulier où vous aimez vous promener?

G: Là où il y a un torrent limpide et beaucoup de rochers, d'arbres...

T: Vous souvenez-vous d'un endroit en particulier?

G: Oui, il y a un endroit que j'affectionne particulièrement.

T: Que ressentez-vous dans votre corps quand vous l'évoquez?

(*Faire jouer le plus de sens corporels possible quand on connecte ou reconnecte quelqu'un avec son ancrage: vue, ouïe, toucher; odorat, goût, mouvement, posture.*)

G: Je me sens vraiment bien (rires). Je me sens sourire.

T: Je pense que nous pouvons avancer un peu maintenant. Le pensez-vous aussi?

(À nouveau donner le contrôle à G, même si c'est moi qui dirige).

G: Oui.

T: Bien. D'abord, je voudrais entendre un résumé de l'accident – pas les détails.

(*L'amener aux frontières du trauma pour le moment, ne pas lui permettre d'aller trop en profondeur dans le souvenir: Ne pas aller plus loin que ne lui permettent ses ressources – cognitives, physiques et émotionnelles.*)

G: C'était à la fin de mon adolescence. Je conduisais. La voiture heurta un accotement mou. J'ai perdu le contrôle et la voiture a fait trois tonneaux. Je suis restée coincée dans la voiture jusqu'à ce que quelqu'un m'en sorte.

T: Que se passe-t-il dans votre corps pendant que vous me racontez les faits?

G: Mon cœur bat beaucoup plus vite. Mes paumes sont à nouveau moites. Je sens quelque chose là (montrant sa tête).

(*Même en s'en tenant à un résumé, elle vit beaucoup de stimulation du SNV.*)

T: Pouvez-vous malgré tout me voir?

G: Oui, mais pas de façon aussi claire qu'avant.

T: Quelque chose s'est passé au niveau de vos yeux, je peux le voir.
(*Je voyais que ses yeux partaient dans le vague.*)

G: Je sens comme si je m'éloignais de vous.

T: Y a-t-il une quelconque sensation physique qui accompagne cet éloignement?

G: Non, s'il y a quelque chose, c'est plus comme si c'était une sorte d'entonnoir; de rétrécissement.

T: Avec vos yeux? Comme si vous vous isoliez dans un tunnel?

G: Oui.

(*G semble être sur le point de se dissocier ou de se figer. Il est temps de diriger son attention vers un ancrage.*)

T: Où était-il situé, cet endroit où vous aimez aller vous promener?

G: (Elle nomme et décrit l'endroit où est située une rivière.)

T: Est-ce qu'il y a des espèces particulières de rochers ou d'arbres que vous aimez?

G: Les rochers sont en granit et ils sont vraiment très grands. J'aime marcher sur les rochers et m'asseoir sur ceux qui se trouvent au milieu de la rivière; l'eau bouge tout autour de moi.

T: Comment vous sentez-vous dans votre corps juste maintenant?

G: Vraiment très différente. Je sens une sorte de fourmillement dans les bras.

T: Une forme agréable de fourmillement?

G: Oui. Et beaucoup plus détendue.

T: Comment ressentez-vous notre distance maintenant?

(*Vérification pour voir si G est à nouveau entièrement là*)

G: Je suis à nouveau plus près et je vous vois mieux. Et je sens le sourire sur mon visage.

T: Bien. Donc, ça fonctionne?

(*Nous rassurer toutes les deux quant au bon fonctionnement de la technique de l'ancrage.*)

G: Oui! (Rires.)

T: Est-ce que cela vous va si nous revenons un peu à l'accident?

(*Je dirige la procédure et donc je ramène G au trauma après cette pause.*)

G: Oui.

T: Qu'est-il arrivé après l'accident? Vous disiez avoir été coincée. Vous êtes sortie à un moment donné, en avez-vous eu conscience?

(*Je préfère explorer les événements qui se sont déroulés après un événement traumatique en premier lieu. Souvent, ces événements sont autant sinon plus traumatisants que l'événement traumatique lui-même. Et c'est souvent dans la foulée de celui-ci que les décisions et les changements dans le système de croyance se prennent et se font. Voir le chapitre 8 pour une explication détaillée de cette stratégie.*)

G: Oui, j'ai été consciente pendant tout ce temps mais je ne me rappelle plus qui m'a sortie de là. Après, nous avons roulé dans une ambulance

ou une voiture de police. Mon ami n'arrêtait pas de poser les quatre mêmes questions. Je peux vous dire que ça rendait le policier littéralement fou (rires). Je suis entrée dans une sorte d'état de choc à ce moment-là. J'ai commencé à me sentir nauséeuse. Le policier craignait que j'aie des blessures internes, mais il a continué à être distrait par mon ami.

T: Votre ami était dans la voiture? (*Une nouvelle information.*)

G: Oui, mais c'était moi qui conduisais. J'étais officiellement apprentie conductrice, j'allais justement passer mon permis.

T: J'accroche sur les mots: « Mais c'est moi qui conduisais ». Butez-vous également sur les mêmes mots?

(*Un soupçon mérite d'être vérifié. Souvent il y a des décisions, des croyances ou des jugements qui sont liés à des sentiments de responsabilité.*)

G: Oui. C'est très pertinent parce que nous avions pris l'engagement de changer de conducteur à (elle nomme la jonction qui précède le lieu de l'accident). Mais je m'en sortais tellement bien et j'aimais tellement conduire que nous avons décidé que je continuerais. C'est juste après cela que l'accident est survenu.

T: Comment vous sentez-vous dans votre corps juste maintenant?

G: Bizarre au niveau de l'estomac, cela concerne le fait d'avoir pris la décision que je continue à conduire. Si nous ne l'avions pas prise...

T: Qu'est-ce que cela signifie pour vous, que vous aviez tous deux un accord et qu'après, vous avez décidé d'aller au-delà de cet accord, et que c'était dans la partie où...

G: ... au-delà de la limite que nous avions fixée...

T: «au-delà de la limite» que vous aviez fixée que vous avez eu l'accident?

(*Comprendre la signification d'un événement traumatique est souvent crucial pour intégrer cet événement dans le continuum de sa vie.*)

G: Quand je dis cela, je ressens de la colère envers moi-même pour ne pas m'en être tenue à la limite que j'avais fixée.

T: Que ressentez-vous dans votre corps?

G: Pas grand-chose. Ce n'est pas une colère dans mon corps. C'est plus une critique: «Pourquoi est-ce que j'ai fait cela?»

T: J'aimerais faire un petit test de réalité avec vous: pensez-vous que cela avait quelque chose à voir avec l'accident?

(Les tests de réalité peuvent être très utiles, car ils défient la façon de voir, la conclusion, le jugement d'un patient.)

G: Tout à fait!

T: Pourquoi?

G: Parce que le simple fait de rouler sur un accotement n'aurait pas dû nous faire nous retourner. J'ignorais comment contrôler un dérapage. Mais mon ami avait beaucoup d'expérience dans la conduite automobile et lui aurait pu contrôler ce dérapage. Je ne crois pas que mon ami eût roulé en dehors de la route d'ailleurs – il n'y avait aucune raison de le faire. J'ai été distraite et j'ai perdu ma concentration.

T: Comment vous sentez-vous dans votre corps maintenant?

G: Bien.

T: Comment ressentez-vous la distance entre nous?

G: La distance est correcte. Et je vous vois distinctement. Je pense que ceci est intéressant.

T: On dirait que vous pensez avoir été distraite, mais que vous avez été par-dessus l'accotement et en dérapage parce que vous aviez été au-delà de votre limite. Pensez-vous qu'il ait été possible que tout cela arrive aussi pendant la portion de route avant que vous n'arriviez à la limite fixée?

G: Euh... Cela aurait pu arriver là aussi. Mais l'endroit où l'accident est arrivé était nettement plus dangereux. Je ne vous l'avais pas dit. De l'autre côté de la route où nous nous sommes retrouvés, il y a une pente menant à une rivière tumultueuse. Dans la portion de route où j'avais initialement convenu de conduire, il n'y avait pas d'à-pic.

T: Et que ressentez-vous dans votre corps maintenant?

G: Un peu plus nauséeuse. On s'en est bien tirés, mais qu'est-ce qui aurait pu nous arriver!

(C'est quelque chose sur lequel nous devrons revenir. Une partie des réactions traumatiques de G pouvait provenir de contingences imaginaires. Mais, en cet instant, mon sujet de préoccupation premier est la nausée.)

T: La distance entre nous?

G: Je suis un peu plus en arrière, mais pas aussi loin que j'ai été avant. On dirait que vous m'apparez plus sombre. Votre visage reste blanc, mais le reste de votre personne devient sombre.

(G est à nouveau au bord de la dissociation. Il est temps de revenir à l'ancre.)

T: Parlons d'une autre rivière.

G: (Rires.)

T: Comment s'appelait encore celle que vous aimez?

G: (Elle la renomme et nous parlons de la difficulté à prononcer son nom.)

T: De quelle couleur sont les rochers?

G: Blancs mouchetés de gris et couverts de mousse.

T: Y a-t-il aussi des arbres?

G: Oui. Des chênes. C'est une forêt de chênes. J'ai probablement passé plus de temps là-bas durant leur période sans feuilles qu'avec feuilles. Beaucoup de promenades en hiver:

T: À quel moment de la journée aimez-vous vous promener?

G: Dès que je le peux.

T: À la clarté? La nuit?

G: Seulement à la clarté.

T: Y a-t-il des odeurs particulières?

G: J'ai vraiment beaucoup de difficulté à imaginer des odeurs.

T: Comment vous sentez-vous juste maintenant?

G: Plus ici, mais encore un peu à distance. Je vais vous dire ce que je peux faire. Je ne peux pas sentir les odeurs, mais je peux vous dire ce que je ressens. Je peux sentir la moiteur, l'humidité.

T: Où sentez-vous cette humidité?

G: Sur la peau des bras, du visage, sur mes mains.

T: Comment est la distance entre nous?

G: Nettement mieux.

(G m'a dit plus tard combien cela avait été important pour elle d'avoir pu se connecter aux sens qui lui étaient accessibles et non de se concentrer sur ceux qui ne l'étaient pas. Nous avons tous un sens prédominant; certains sont plus visuels, d'autres plus tactiles ou plus auditifs, etc.)

T: Êtes-vous prête à continuer un peu?

G: Oui.

T: Vous avez dit que la portion de route sur laquelle vous conduisiez était beaucoup plus dangereuse que celle d'avant, votre ami et vous saviez cela avant de prendre la décision que vous continuiez à conduire?

G: Oui.

T: Qui a pris la décision?

(Attribuer une responsabilité judicieuse est souvent crucial pour assumer un traumatisme.)

G: Je suppose qu'elle était plutôt mutuelle. Nous en avons discuté.

T: Comment vous sentez-vous dans votre corps maintenant?

G: Bien.

T: Cela signifie-t-il quelque chose pour vous que cette décision ait été prise mutuellement?

(Je voulais que G fasse le lien avec sa nouvelle affirmation par rapport à son jugement précédent.)

G: Pas vraiment. Je pense que, peut-être cela devrait, après ce que j'ai dit avant, mais cela...

T: Qu'est-ce que vous aviez dit avant?

G: Que j'étais en colère contre moi d'avoir outrepassé mes limites.

T: Je pensais à la même chose. Savez-vous pourquoi je vous ai posé la question à ce sujet?

(Je demande souvent si mon patient sait pourquoi je lui pose telle question. Je ne veux pas, ce faisant, jouer aux devinettes et je donnerai la réponse si le patient ne la trouve pas. Toutefois, la question est souvent utile pour aider le patient dans le processus cognitif.)

G: Parce qu'il n'y allait pas de ma seule responsabilité. C'était notre responsabilité. Cela semblait une décision raisonnable. Et, en réalité, je ne sais pas si cette portion de route est effectivement plus dangereuse que l'autre. Elles sont dangereuses de façon différente. Il y a beaucoup moins de trafic sur cette portion de route. Il y avait beaucoup de trafic sur la portion avant l'embranchement. Différemment dangereuses. Oh! Que cela fait du bien!

(Un changement spectaculaire au niveau de la signification que G donnait à l'accident.)

T: Comment ressentez-vous cette exclamation dans votre corps?

G: Je me sens plus détendue. C'était une décision valable.

(Le changement de jugement semble être bénéfique puisqu'il se répercute harmonieusement dans les sensations corporelles de G.)

T: Ce n'était pas farfelu?

G: Ce n'était pas farfelu.

- T: Que pensez-vous de ce que nous avons fait jusqu'à présent?
- G: C'est vraiment intéressant. Ce n'est pas rien. Je me rends compte que j'endossais toute la responsabilité, parce que si je n'avais pas conduit, l'accident n'aurait pas eu lieu. C'est pour cela que, depuis, je ne me faisais pas confiance au volant. C'est important.
- T: Je le pense. C'est un bon moment pour arrêter la séance.
- G: Oui, je sens cela aussi.
- T: La distance?
- G: Nous sommes toutes les deux ici.
- T: Comment va le rythme cardiaque?
- G: Il est normal.
- T: Le stress?
- G: Disparu.
- T: Parfait, alors restons-en là pour aujourd'hui.

Il est judicieux de terminer la séance sur une note positive et un SNV de retour à l'activation du SNP de base. Il est bien entendu que le traumatisme n'est pas entièrement résolu, mais les ressources sont en place pour continuer le processus. De plus, maintenant que le problème de la responsabilité a été clarifié, le reste du travail devrait être facilité. Voir une séance ultérieure avec Gisèle au chapitre 8.

Chapitre 7

Techniques somatiques complémentaires à une thérapie des traumatismes sans risques

I Le double niveau de conscience

Le double niveau de conscience signifie simplement être capable de conserver la conscience d'une ou de plusieurs zones de ressentis simultanément, ce qui est possible normalement chez les personnes non traumatisées. Tout comme la conscience corporelle, le concept d'avoir et de garder conscience de plusieurs stimuli en même temps trouve son origine dans la méditation et la Gestalt thérapie. Nous mettons l'accent ici sur le double niveau de conscience en tant que prérequis d'une thérapie des traumatismes sans risques et comme outil pour freiner et endiguer l'hyperstimulation du SNV.

I.1 Le SSPT provoque le clivage des perceptions

La plupart d'entre nous sommes capables de trouver un équilibre entre les nombreux stimuli sensoriels internes et externes qui occupent notre conscience à tout moment. Nous pouvons noter plus d'un aspect de nos expériences quotidiennes alors même que notre concentration passe d'une sensation, d'un mouvement ou d'une activité à un(e) autre, faisant cadrer nos sensations physiques à notre environnement du moment et à notre activité. Nous faisons passer nos perceptions d'un point de référence à un autre, en négociant, en faisant des compromis, en conciliant les diverses données en un tout cohérent que nous nommons notre «réalité» actuelle.

Par exemple, si vous avez mal au ventre, vous faites sans peine le lien entre cette sensation et d'autres informations et perceptions en votre possession, et vous vous rappelez que vous avez trop mangé lors du dernier repas. À un autre moment, le même genre de douleur peut vous amener à la conclusion que vous n'aimez pas la tournure de la conversation actuelle ou le ton de voix de quelqu'un. Autre éventualité: une personne vient de parler de son rendez-vous chez le dentiste et vous vous rappelez que ce sera votre tour le lendemain.

Un des problèmes des personnes souffrant du SSPT, c'est qu'elles consacrent énormément d'attention à leurs stimuli internes et qu'elles interprètent le monde au départ de ces sensations. Elles perdent leur capacité de discernement. Les sensations internes sont associées avec les événements du passé et la réalité du moment est évaluée sur cette base restreinte. Les événements extérieurs sont insignifiants en comparaison des stimuli internes. L'habituelle conciliation qui se fait entre ce que vit le corps et ce qui est perçu en dehors de lui est perdue. La capacité de s'occuper de plusieurs stimuli simultanés diminue et le champ de perception se rétrécit.

Tout ceci entraîne d'importantes distorsions dans la façon de percevoir la réalité et augmente l'angoisse. Par exemple, quand une sensation a été associée à l'expérience du danger (comme c'est la norme avec le SSPT), la perception de n'importe quelle sensation similaire poussera immédiatement à conclure qu'il y a quelque chose de dangereux dans l'environnement. Aucune attention n'est portée à d'autres stimuli ou informations. Il peut en résulter de l'anxiété ou de la panique. La personne traumatisée devient de plus en plus hyper vigilante pour tenter de prévoir le danger et devient de moins en moins capable de l'identifier. Si l'on ne peut identifier convenablement le danger; reconnaître qu'on est en sécurité devient également impossible. Le danger est partout et la peur constante.

J'ai trouvé de nombreux termes pour décrire ce clivage de la perception entre stimuli sensoriels internes et externes: le moi et l'ego observateur; le centre du moi et le témoin, l'enfant et l'adulte, la réalité interne et la réalité externe, etc. Cependant, je préfère les termes inventés par van der Kolk, McFarlane et Weisaeth (1996): le *moi ressentant* et le *moi observant*.

I.2 Le développement du double niveau de conscience

Reconnecter les différentes perceptions clivées entre elles est indispensable, non seulement pour guérir le traumatisme mais aussi pour mener une thérapie des traumatismes sans risques. La condition sine qua non pour traiter de façon sûre les souvenirs traumatiques est que le patient soit capable de maintenir la conscience simultanée de différents stimuli et de faire la distinction entre le passé et le présent. Il doit être capable de savoir: au moins intellectuellement, que le trauma dont il parle fait partie du passé, même s'il le ressent comme s'il se déroulait dans le moment présent. Le fait d'approfondir la mémoire traumatique avec un patient qui est incapable de garder le

double niveau de conscience présente le risque de déclencher une hyperstimulation incontrôlable du SNV et la possibilité de plonger dans un flash-back. C'est la porte ouverte à un nouveau traumatisme, c'est-à-dire revivre le trauma avec toute la terreur, l'abattement et le désespoir qui y étaient liés.

Développer ou rétablir la possibilité du double niveau de conscience permet au patient d'examiner un traumatisme en toute sécurité, avec la certitude que l'environnement présent est exempt de tout événement traumatique. C'est un outil extrêmement utile pour guérir les contradictions entre le moi ressentant et le moi observant.

L'exercice suivant, destiné aux patients, illustre la différence entre ces deux *moi* et démontre comment passer de l'un à l'autre. Ce genre d'exercice peut être réalisé avec un patient avant de travailler les souvenirs traumatiques. Il sera utile à deux titres : l'occasion de développer une nouvelle habileté et une indication quant à la capacité du patient à accéder à ce double niveau de conscience et, partant, son niveau de capacité à s'occuper d'un nouveau matériel difficile. Les instructions sont adressées au patient.

- Souvenez-vous d'un événement récent modérément pénible – une situation où vous vous êtes senti un peu angoissé ou embarrassé. Que remarquez-vous dans votre corps ? Qu'arrive-t-il au niveau des muscles ? Que se passe-t-il dans le ventre ? Comment votre respiration a-t-elle changé ? Le rythme cardiaque est-il plus rapide ou plus lent ? Avez-vous plus chaud ou plus froid ? S'il y a changement de température, est-ce partout ou dans des parties spécifiques de votre corps ?
- Ramenez maintenant votre conscience à cette pièce dans laquelle vous vous trouvez. Remarquez la couleur des murs, la texture du tapis. Quelle est la température de la pièce ? Que pouvez-vous sentir comme odeur(s) ? Votre respiration a-t-elle changé en même temps que l'objet de votre concentration ?
- Essayez maintenant de garder la conscience de votre environnement actuel pendant que vous vous remémerez cet événement légèrement pénible. Vous est-il possible de garder la conscience de l'endroit où vous vous trouvez maintenant alors que vous vous rappelez cet événement ?
- Terminez cet exercice en vous concentrant sur l'environnement présent.

I.3 L'application du double niveau de conscience aux crises d'angoisse et de panique

Prendre conscience du clivage entre le moi ressentant et le moi observant a aidé plus d'un patient à supporter des situations où ils étaient enclins à des crises d'angoisse. C'est une technique très simple qui consiste à accepter et à proclamer (tout haut ou intérieurement) la réalité des deux moi en même temps : « Je me sens très effrayé ici » (la réalité du moi ressentant) et, en même temps, regardant autour de moi maintenant, évaluant la situation, je peux dire (si c'est vrai) « et je ne suis pas en danger en ce moment » (la réalité du moi observant). Il est très important d'employer la conjonction

«et» car cela implique la connexion entre les deux phrases; «mais» impliquerait la négation de la première. Le message est «Les deux réalités comptent» et non «Il n'y a rien d'effrayant». Accepter les deux perspectives (celles des deux moi) simultanément permet souvent de baisser rapidement le niveau d'angoisse. Cela fonctionne très bien, même si l'on n'en comprend pas tout à fait le pourquoi. Il est possible que l'angoisse monte en flèche quand on ne tient pas compte de la réalité du moi ressentant et que, lorsqu'on le fait, tout le système se relâche.

1.4 L'application du double niveau de conscience aux flash-back

Il n'est pas recommandé d'essayer de résoudre un SSPT par les flash-back car l'expérience d'un flash-back renforce la terreur et les sentiments d'impuissance. Les outils psychologiques qui faisaient défaut au moment du trauma sont habituellement tout aussi manquants pour faire face au flash-back, sinon ce ne serait pas un flash-back. L'intégration du trauma dans ces circonstances n'était et n'est pas possible. Revivre un trauma avec les mêmes sentiments d'impuissance et de terreur ne sert qu'à en renforcer l'impact.

La première chose à faire pour aider une personne souffrant de SSPT est de lui apprendre à stopper et à éviter les flash-back. Lorsque les flash-back sont sous contrôle, il est alors possible de procurer aux patients les ressources nécessaires pour faire face à leurs souvenirs traumatiques en terrain plus sûr: Le fait de contrôler les flash-back permet d'appréhender des portions plus gérables de souvenirs traumatiques et de les traiter une par une.

Le problème des flash-back est qu'ils ne sont pas prévisibles. Il est difficile de s'y préparer. Ils peuvent être déclenchés n'importe où, n'importe quand, même dans le cadre de la thérapie.

Un problème se pose couramment lorsqu'un patient part dans un flash-back pendant la séance, confondant la salle de thérapie avec la scène du trauma et le thérapeute avec l'auteur de celui-ci. Quand cela se reproduit souvent, la thérapie est compromise. Cela signifie que le moi ressentant est aux commandes et qu'il perçoit du danger à l'endroit même où il recherche de l'aide. Le thérapeute, perçu comme dangereux, n'est plus à même d'apporter son aide.

Dans ces circonstances, le moi observant du patient doit être ranimé et rappelé dans la salle de thérapie par le thérapeute, sur un ton plutôt autoritaire (ferme, pas fâché), du genre: «Regardez où vous vous trouvez maintenant. De quelle couleur les murs sont-ils ici? De quelle couleur est le tapis? Quel genre de chaussures portez-vous maintenant? Nous sommes le quatrième? Etc.»

Lorsque le moi observant du patient est (à nouveau) opérationnel, le protocole pour arrêter un flash-back peut lui être enseigné comme ci-après. Il est basé sur les

principes du double niveau de conscience, réconciliant le moi ressentant et le moi observant. Il permet généralement assez vite d'arrêter un flash-back.

Le patient prononce, de préférence à haute voix, les phrases suivantes, en remplissant les blancs et en suivant les instructions :

- Juste maintenant, je *me sens*
(Insérez le nom de l'émotion du moment, habituellement la peur)
- et je *sens* dans mon corps
(Décrivez vos sensations corporelles actuelles, au moins trois)
- parce que je me *souviens de*
(Nommez seulement le titre du trauma, aucun détail)
- *Au même moment*, je regarde autour de moi dans cette pièce où je me trouve maintenant, en
(L'année actuelle)
- ici à
(Nommez l'endroit où vous vous trouvez maintenant)
- et je peux voir
(Décrivez quelques objets que vous voyez maintenant, dans cet endroit-ci)
- et donc je sais que
(Nommez à nouveau le trauma par son titre)
- ne se (re)déroule pas en ce moment

Voici un exemple :

J'ai reçu en consultation un thérapeute dont une patiente avait été retenue en otage dans une cave. Cette personne était arrivée peu avant dans les nouveaux locaux de son thérapeute qui se situaient un peu au-dessous du niveau de la rue. Cette légère similitude dans la localisation et les abords des nouveaux locaux par rapport à l'endroit de captivité déclencha un flash-back chez cette patiente. Ce fut tellement violent qu'elle fut complètement terrorisée par son thérapeute (en qui elle avait confiance depuis deux ans) et songea à mettre fin au traitement : elle l'avait assimilé au ravisseur. Je lui ai suggéré de rétablir le double niveau de conscience de sa patiente, lui permettant de ne pas confondre les nouveaux locaux de thérapie avec le lieu de sa captivité et le thérapeute avec le ravisseur. Le thérapeute amena sa patiente à faire cette distinction consciente dès la séance suivante,

l'aïdant à prendre conscience de la réalité du moi ressentant et celle du moi observant. En utilisant le protocole pour arrêter le flash-back, la patiente dit: «Je me sens très effrayée par vous parce que la localisation de votre nouveau bureau me remet en mémoire le moment où j'ai été prise en otage, et j'ai eu peur que vous soyez mon ravisseur; Et je peux vous voir maintenant et je sais que vous êtes mon thérapeute. Je peux aussi voir en ce moment que vous ne me faites pas de mal et que vous n'êtes pas sur le point de m'en faire. Et je sais que je peux partir d'ici à tout moment, quand je le veux». La patiente fut capable de retrouver la séparation entre le passé et le présent, et la relation thérapeutique et la thérapie ont pu reprendre leur cours.

En fait, le protocole pour arrêter le flash-back peut aussi être adapté pour les cauchemars qui peuvent être des flash-back traumatiques. Voici un exemple de protocole qui a été utilisé comme un rituel avant de dormir; pour se préparer à un éventuel cauchemar:

- Je vais me réveiller pendant la nuit en **ressentant**
(Insérez le nom de l'émotion anticipée, habituellement la peur)
- et je vais **sentir** dans mon corps
(Décrivez vos sensations corporelles anticipées, au moins trois)
- parce que je vais me **souvenir** de
(Nommez seulement le titre du trauma, aucun détail)
- Au **même moment**, je vais regarder autour de l'endroit où je me trouve maintenant, en
(L'année actuelle)
- ici
(Nommez l'endroit où vous serez à ce moment-là)
- et je vais voir
(Décrivez quelques objets que vous verrez à ce moment-là dans cet endroit-là)
- et donc je vais savoir que
(Nommez à nouveau le trauma par son titre)
- ne se (re)déroule pas en ce moment.

Si le patient se réveille avec un flash-back ou un cauchemar; le premier protocole peut être utilisé. Le patient pourrait enseigner à son partenaire ou parent (ou quelle que soit la personne avec qui il vit) à l'inciter à faire le protocole, ou même à le formuler pour le patient jusqu'à ce que son moi observant soit réveillé.

2 La tonicité du muscle: tension/détente

Une contraction musculaire chronique sous-tend ce que l'on appelle communément de la «tension». La contraction d'un muscle n'est pas en soi une mauvaise chose: elle est nécessaire à la station debout et pour tous les mouvements que nous devons faire quotidiennement. C'est aussi nécessaire au développement de la tonicité musculaire. Comme il l'a été dit précédemment, un muscle ne peut faire qu'une seule chose: se contracter. Quand il ne le fait pas, on dit qu'il fait ce qu'on appelle de la relaxation. Or, en réalité, un muscle détendu ne fait rien du tout.

La tension musculaire est devenue un ennemi. Il semble que personne ne désire «être tendu». Les gens dépensent des fortunes en massages, thalassos, médicaments pour se relaxer; se relaxer; se relaxer. On parle rarement de la fonction positive de la tension musculaire.

Pourtant, à quoi ressemblerait la vie sans elle? D'abord, notre corps s'écroulerait sur le sol en une forme indistincte d'os et de chair. C'est la tension dans nos muscles qui rend possibles la station debout et la station assise. La tension musculaire donne à notre corps forme, grâce, posture et mouvement. Sans la tension musculaire, il nous serait impossible d'accomplir la moindre tâche, même la plus simple. Nous habiller ou manger; tenir un stylo, faire du sport seraient impossibles. C'est la tension musculaire qui permet à un bébé de faire ses premiers pas et d'apprendre la propreté. En cas de doute, que l'on songe aux maladies qui atrophient les muscles comme la dystrophie musculaire et la sclérose amyotrophique latérale. Elles peuvent servir à nous rappeler l'importance de la tension musculaire. Bref, la tension musculaire est indispensable à la vie de tous les jours.

Il est évident qu'il y a des moments où le degré de tension musculaire chronique devient inconfortable. Pour certains, la relaxation induite par les massages, bains chauds, stretching, relaxation progressive des muscles, etc. peut être très bénéfique. Cependant, pour beaucoup de personnes souffrant de SSPT, la relaxation induite précipitera une réaction traumatique, augmentant l'hyperstimulation et l'anxiété, avec risque de flash-back. Aucune étude à ce jour ne parle de ce phénomène; il reste un sujet de recherche. Cependant quelques articles mentionnent une augmentation de l'anxiété chez certaines personnes, suite à des exercices du genre relaxation (Heide & Borkovec, 1983, 1984; Jacobsen & Edinger, 1982; Lehrer & Woolfolk, 1993).

De discussions informelles entre collègues, il ressort qu'un pourcentage significatif de patients souffrant de SSPT deviennent plus anxieux suite à un entraînement à la relaxation. Dans de tels cas, construire ou maintenir la tension musculaire est préférable à la relaxation. L'utilisation de la conscience corporelle indiquera de façon fiable ce qui est le mieux pour tel patient en particulier. Les patients qui deviennent plus calmes pendant une relaxation peuvent en tirer profit. Ceux qui deviennent plus anxieux, par contre, feraient mieux de maintenir la tension. Il pourrait y avoir une réaction positive ou négative généralisée à la tension ou à la relaxation dans tout le corps. Mais il peut



"He appears to have lost all of his resilience."

«On dirait qu'il a perdu toute résilience»

aussi y avoir une réaction positive en tendant un muscle particulier et une réaction négative en tendant un autre (ou le muscle similaire de l'autre côté). Chaque corps s'est construit avec des distributions différentes de tonicité musculaire (Bodynamic, 1988-1992). La conscience corporelle est la clé pour déterminer quand la tension ou la relaxation d'un muscle particulier est bénéfique ou gênante.

Penser que quelqu'un pourrait être effectivement plus détendu lorsqu'il a plus de tensions musculaires peut semer la confusion ; cela semble contradictoire. Toutefois, il se peut que des personnes ayant plus de tonicité musculaire supportent davantage l'hyperstimulation que ceux dont la laxité des muscles est plus grande. Par exemple, une tonicité musculaire plus importante accroît la confiance en soi et diminue les sentiments de vulnérabilité et d'impuissance.

Le syndrome de stress post-traumatique engendre notamment des sensations corporelles très pénibles. Celles qui exacerbent des sentiments d'anxiété et de panique abondent. Elles coïncident généralement avec une hyperstimulation du système nerveux végétatif (SNV). Certains patients décrivent une sorte de vibration périphérique, juste sous la peau, comme s'ils avaient les doigts dans une prise de courant. Ces sensations désagréables vont de pair avec des troubles du sommeil dont tant de personnes souffrant de SSPT se plaignent. L'expérience typique de leurs nuits se

décrit comme suit: elles se sentent fatiguées, et même somnolentes, vont au lit et, quand elles commencent à se relâcher, elles se réveillent en sursaut, le cœur emballé et des sensations de vibration dans les membres. À ce moment, le sommeil est perdu pour plusieurs heures.

La tension musculaire en a aidé plus d'un à réduire ces sensations pénibles – au point de faciliter le sommeil. Le genre de tension dont il est question ici ne s'apparente nullement aux exercices d'aérobic, qui sont d'ailleurs contre-indiqués pour certaines personnes souffrant de SSPT et de crises de panique car la respiration et les battements cardiaques plus élevés sont, en soi, des déclencheurs de traumas. Il est beaucoup plus bénéfique, avec ces personnes, d'utiliser des exercices de musculation lents et focalisés sur certains muscles. Pour que ces exercices de musculation particuliers soient efficaces, il faut les accomplir avec l'aide de la conscience corporelle, en portant attention aux sensations corporelles en général et, tout spécialement, à celles des muscles concernés (Bodydynamic, 1988-1992). Il faut également stopper l'exercice dès qu'une légère fatigue du muscle se fait sentir; avant que l'expérience ne devienne désagréable. Continuer à s'exercer «jusqu'à la brûlure» n'est d'aucun secours pour construire la tonicité musculaire propre à endiguer les émotions. Au contraire, les exercices qui favorisent les sensations de calme, de solidité et de plus grande présence à soi sont bénéfiques. Tous ceux qui entraînent de l'anxiété, des nausées, de la désorientation, etc. ne le sont bien entendu pas. L'idée directrice est de réaliser, du simple fait d'être dans son corps, une expérience positive, en développant les muscles qui peuvent le mieux contenir l'hyperstimulation et toute la gamme des émotions. Le but ultérieur est de réaliser, du seul fait d'être dans son corps, une expérience tellement positive que l'on a envie d'y rester et de continuer la pratique des exercices. En ce sens, cela devient auto gratifiant.

Jeannine était intimement consciente de son besoin de tonicité musculaire. Jeune adulte, elle avait été vulnérable et impulsive, enclue à dériver d'un projet à l'autre. Elle avait beaucoup de difficulté à garder un travail et était sujette à de périodiques poussées de colère et à un certain niveau d'anxiété. Lorsqu'elle déménagea dans un pays où le moyen de transport le plus important était le vélo, ce fut pour elle une véritable bénédiction. Alors qu'elle prenait l'habitude de parcourir de longues distances, ses jambes devinrent de plus en plus fortes et, curieusement, elle devint de plus en plus stable. Tout ceci s'était déroulé avant qu'elle envisage une psychothérapie. Elle était très consciente du rôle qu'avait joué l'augmentation de la tonicité musculaire de ses cuisses dans sa nouvelle capacité à maintenir sa concentration et à endiguer ses émotions. Cependant, quand elle était malade ou en visite en famille dans un autre pays, sans possibilité de rouler à vélo pour un moment, son instabilité première refaisait surface.

Débuter par un exercice simple de tonicité parmi les suivants:

- Les repoussés (pompages). Ils développent la tonicité de l'arrière des bras (triceps), de la poitrine (pectoraux) et du dos (trapèzes et rhomboïdes). Ils peuvent être réalisés à la maison sans équipement spécial. Il est plus facile de commencer

debout à quelque 50 cm d'un mur: s'appuyer sur lui et le repousser avec les bras. S'éloigner ensuite graduellement du mur jusqu'à ce que l'on ait assez de force pour effectuer les pompages sur des escaliers puis au sol.

- Soulever la jambe dans plusieurs directions (en faisant travailler quadriceps, tenseur du fascia lata, tendons du mollet et muscles fessiers) ne requiert pas non plus d'équipement spécial.
- On peut utiliser des poids et haltères bon marché, des briques de lait ou des livres pour renforcer la face avant du haut des bras (biceps).

On utilise non seulement la tension musculaire pour augmenter la stabilité émotionnelle mais également comme mesure d'urgence lorsque l'anxiété menace de submerger l'individu et de se transformer en panique. En aval, quelques postures peuvent être utilisées en vue de tendre des muscles spécifiques. La plupart des gens trouveront au moins un exercice qui servira de frein en cas de besoin immédiat. Il est bien évident qu'aucune des postures favorisant l'anxiété ne devra être utilisée.

2.1 ***La tension des muscles périphériques pour renforcer le contenant***

Il est important de noter qu'aucune mise en tension ne devrait se poursuivre au-delà du moment où le muscle commence à se sentir fatigué. Il convient de relâcher la tension lentement, ce qui ne veut pas dire relaxation progressive des muscles. Il s'agit en fait d'essayer de maintenir un peu de contraction ou de tension. Il convient de faire l'essai d'un exercice puis son évaluation à l'aide de la conscience corporelle avant de poursuivre. Au cas où une tension provoque certaines réactions défavorables (nausées, effet planant, anxiété, etc.), le fait de détendre doucement le même muscle, c'est-à-dire de faire le mouvement inverse, neutralise habituellement ces effets (Bodydynamic, 1988-1992).

- *Côtés des jambes:* Se tenir debout, les pieds écartés à un peu moins que la largeur des épaules, les genoux détendus (ni bloqués ni courbés). Pousser les genoux latéralement vers l'extérieur de façon à sentir la tension le long des côtés des jambes, des genoux aux hanches (Bodydynamic, 1988-1992).
- *Bras I:* Se tenir assis ou debout le bras droit croisé par-dessus le gauche, la main droite couvrant le coude gauche. La main droite offre de la résistance au bras gauche, alors que celui-ci se soulève du corps (vers l'avant). Une tension est alors ressentie dans la partie avant du haut du bras, de l'épaule au coude. Ensuite, le bras gauche croisé par-dessus le bras droit, faire le même exercice que ci-dessus, en inversant les mouvements.
- *Bras II:* Se tenir assis ou debout le bras droit croisé par-dessus le gauche, la main droite couvrant le coude gauche. La main droite offre de la résistance à l'arrière du coude gauche, alors que le bras gauche pousse latéralement vers la gauche. Une tension est alors ressentie dans la partie latérale gauche du haut du bras, de l'épaule au coude. Ensuite, le bras gauche croisé par-dessus le bras droit et faire

le même exercice que ci-dessus, en inversant les mouvements. (Robyn Bohm, communication personnelle, 1991).

- **Cuisses:** Assis sur une chaise, placer les deux pieds bien à plat sur le sol. Pousser avec les pieds jusqu'à ressentir une tension dans les cuisses.

Exercer la tension des muscles devint la base de la thérapie avec une patiente :

Thérèse avait la trentaine lorsqu'elle commença une thérapie avec moi. Elle souffrait de SSPT et d'un trouble de personnalité «borderline» (ou état limite). Elle était très peu fonctionnelle et incapable de travailler. Il lui était difficile de se donner des buts: soit elle n'avait aucune idée soit elle bâtissait des châteaux en Espagne. Très tôt, Thérèse exprima en séance l'envie d'être un jour capable d'avoir un travail stable, de se marier et de fonder une famille. Je soutins son désir tout en lui faisant comprendre que l'on n'y arriverait pas en un jour. Aussi lui demandai-je de déterminer une chose qui serait un premier petit pas vers la réalisation de ses vœux. Après réflexion, elle me surprit en déclarant: «J'ai besoin d'une colonne vertébrale». C'était dit au propre et au figuré. En la questionnant, je découvris qu'elle se sentait très faible dans le dos et ne pouvait, en réalité, sentir le support de sa colonne vertébrale. Dès ce jour, nous avons commencé à renforcer les muscles vertébraux par des exercices lents, en vérifiant toujours à l'aide de la conscience corporelle le bien-fondé des exercices. Je lui demandais de partir de sa posture courbée habituelle, puis de se redresser lentement, de devenir plus grande. Nous avons gardé un rythme lent, de façon à ce qu'elle puisse suivre les changements dans la tension musculaire et contrôler ses autres sensations corporelles. J'étais particulièrement attentive à ses remarques concernant les endroits où elle avait à se tendre pour être assise droite. Ce fut un durlabeur. Elle répétait le mouvement plusieurs fois (laisser aller, redresser, laisser aller, redresser). Cet exercice devint son «devoir» à faire à la maison. Dans les séances qui suivirent, nous parlions régulièrement de la nouvelle tension vertébrale de Thérèse – sa colonne vertébrale. Graduellement, celle-ci devint un soutien efficace et une ressource pour elle, au propre et au figuré, pour l'aider à travailler les thèmes difficiles de sa vie.

3 Les frontières physiques

Il existe plusieurs sortes de frontières. Cette partie traitera plus particulièrement des frontières interpersonnelles et concrètes associées au corps.

3.1 Les frontières interpersonnelles

S'il vous est arrivé de «savoir» que quelqu'un était derrière vous avant même de tourner la tête ou de sentir qu'une personne avec qui vous parliez se tenait trop proche de

vous, vous avez perçu une frontière interpersonnelle. Ce n'est pas une ligne mystérieuse ou mystique, mais quelque chose d'assez palpable qui est souvent expérimenté à des distances variables. Votre frontière interpersonnelle circonscrit ce que vous ressentez comme votre espace personnel. Une frontière interpersonnelle se définit comme étant le point où la distance entre vous et quelqu'un d'autre passe de confortable à inconfortable. Le point à partir duquel un animal sauvage passe des aguets à l'attaque est une autre sorte de frontière que les éthologues appellent la distance critique. La détermination d'une distance frontière est non seulement personnelle mais dépend aussi des circonstances. Ce qui peut être une distance inconfortable à un moment donné ou avec une personne en particulier peut être parfaitement confortable à un autre moment ou avec une autre personne et vice versa.

3.2 La distance thérapeutique

Il survient parfois, pendant la thérapie, un problème qui ne semble avoir ni origine ni solution. La consultation suivante illustre ce problème, qui peut se produire aussi bien avec des thérapeutes chevronnés qu'avec des thérapeutes en apprentissage. Bien qu'elle soit un peu extrême, la situation décrite ci-après est loin d'être inhabituelle. Dans le cas qui nous occupe, le patient devenait malade (maux de tête et vomissements) dans les heures qui suivaient chaque séance de thérapie. Ni le thérapeute ni le patient n'avaient pu identifier la cause de ces malaises, et tous deux étaient inquiets.

J'ai rencontré le patient et le thérapeute ensemble. Je fus instruite brièvement de l'histoire personnelle du patient et de l'historique de la thérapie. Comme ce thérapeute travaillait beaucoup avec le corps, j'émis l'opinion que peut-être ce travail corporel était trop contraignant et trop rigoureux pour le patient. Mais ils ne le pratiquaient pas, ne faisaient qu'en parler. Peut-être alors était-ce le matériau dont il était question qui était trop traumatisant, trop provocateur ou tout simplement «en trop» pour le patient? Non, ils ne faisaient que discuter de questions provenant de la vie quotidienne du patient.

Puisque le problème ne provenait ni du contenu ni de la méthode, je m'intéressai à la question des dispositions physiques: de quelle façon étaient-ils assis ensemble habituellement? Ils me le montrèrent en s'asseyant face à face à environ un mètre de distance.

J'ai demandé au patient de pratiquer la conscience corporelle et de nous faire part de ses sensations. Le patient avait des pulsations cardiaques rapides, les mains moites et froides et ressentait une légère nausée. Je lui suggérai de se reculer et de voir ce qui se passait. Il ressentit une légère amélioration. Je l'encourageai alors à trouver une distance et une localisation qui réduiraient encore les symptômes d'inconfort. Il se recula un peu plus et sur le côté. Il ressentait plus de soulagement encore, mais encore un peu d'inconfort. Il continua d'expérimenter plus avant. Finalement, une distance d'environ trois mètres entre les chaises et une disposition en diagonale, supprimant le face à face direct lui apportèrent le plus

de soulagement; tous les signes d'excitation du sympathique furent remplacés par des signes d'activation du parasympathique.

Le patient n'est pas devenu malade après cette consultation. Ils continuèrent tous deux à être très attentifs à leur position respective durant les séances suivantes et le patient n'eut plus de problèmes après les séances.

3.3 L'exploration des frontières grâce à deux exercices¹

Bien que les exercices suivants puissent être familiers à beaucoup, cela vaut la peine de les détailler au bénéfice de ceux qui ne les connaissent pas.

- Le premier exercice de frontière interpersonnelle se réalise deux par deux. L'un des partenaires marche lentement vers l'autre. Le partenaire immobile tient compte de ses moindres sensations corporelles et dit «stop» dès qu'il commence à ressentir de l'inconfort. L'expérience est encore plus riche si l'on répète l'exercice plusieurs fois en changeant l'angle d'approche: le partenaire qui reste immobile se place d'abord de face par rapport à celui qui s'avance, puis lui présente tantôt l'épaule gauche, tantôt la droite, et enfin lui tourne le dos. Il est très important que le partenaire immobile exprime ce qu'il ressent intérieurement et dans son corps.

Cet exercice met en lumière la difficulté, pour beaucoup, de sentir leurs frontières et d'être capables de dire «non» ou «stop». Il arrive que ni l'état émotionnel ni le corps du partenaire immobile ne subissent de changement. Il ne stoppe donc jamais son partenaire et celui-ci continue de marcher jusqu'à être tout contre lui. Lorsque cela se produit, c'est généralement parce que le point de départ du partenaire qui marche était déjà situé à l'intérieur de la frontière interpersonnelle du partenaire immobile. Dans ce cas, il est impossible pour le partenaire immobile de sentir ses frontières. Si cela arrive, il est conseillé de recommencer l'exercice au départ d'un point plus éloigné. C'est vrai également pour chacun dans la vie quotidienne; il est impossible de sentir où se situe le point «non» ou «stop» s'il a déjà été franchi. Donc, si votre patient vous dit que la distance entre vous lui convient, vérifiez s'il se sent effectivement à l'aise ou s'il ne peut pas sentir ses frontières parce que vous êtes déjà trop proche de lui. Lorsqu'il y a doute, déplacez-vous un peu tous les deux et voyez ce qui se passe. Vous pouvez toujours revenir à votre place de départ. En voici un exemple:

Lorsque nous avons commencé notre deuxième séance, Tony ressemblait à quelqu'un qui retenait sa respiration. Je le questionnai à propos de notre position. Il disait qu'il se sentait bien, mais ne respirait toujours pas. Il marqua son accord lorsque je suggérai de me reculer un peu pour voir ce qui se passait. Dès que je

I. L'histoire de ces exercices est curieuse en ce sens que plusieurs organismes se réclament de l'invention de chacun. Soit que leur inspiration originelle ait été oubliée depuis longtemps soit que ces groupes aient développé, par pure coïncidence, des exercices similaires plus ou moins au même moment.

'eus fait, il expira immédiatement et se mit à respirer plus librement. Il remarqua également le changement. Nous avons continué notre séance à cette distance.

- Le second exercice de frontière interpersonnelle implique l'utilisation d'un fil de laine (d'un cordon ou d'une corde) pour faciliter la visualisation de la frontière. En séance individuelle ou de groupe, le patient prend une pelote de laine et l'utilise pour dessiner autour de lui un cercle d'un rayon qu'il perçoit comme étant confortable pour lui. Il est bon que le patient parle tout haut de son expérience en la faisant, y compris de ce qu'il ressent dans son corps en rendant ses frontières visibles. Ensuite, avec l'accord du patient, le thérapeute voyage dans la pièce, en franchissant la frontière du patient et en ressortant de son territoire (ce que nous faisons en réalité sans cesse les uns avec les autres). Le patient guette ses réactions somatiques et émotionnelles, en les exprimant pendant que le thérapeute marche. Il devrait remarquer les moments où son espace personnel est respecté et ceux où il ressent de l'intrusion. Il est bon également que le patient se sente libre d'ajuster ses frontières à tout moment. Il est intéressant de noter que, plus le diamètre est grand, plus cet espace sera susceptible d'être envahi, et le patient ressentira plus fréquemment et aussi plus intensément un sentiment d'intrusion. Éventuellement, le thérapeute peut lui suggérer de redessiner ses frontières et d'expérimenter les effets de ces changements, visiblement à l'aide du fil mais aussi concrètement dans sa tête.

Une variante intéressante peut être apportée à l'exercice lorsque le patient y est prêt. Toujours avec sa permission, le thérapeute s'introduira dans ses frontières et y restera immobile un moment. Généralement, le patient ressent un malaise et quelquefois de la colère. Le thérapeute aide alors le patient à comprendre que s'il resserre ses frontières en un cercle plus étroit autour de lui, le thérapeute ne sera plus à l'intérieur de celles-ci de manière intrusive. Cela lui procure généralement le sentiment qu'il est maître de son espace personnel, sentiment qu'il peut expérimenter aussi dans sa vie quotidienne, sur son lieu de travail, dans ses contacts personnels et sociaux, dans les transports publics, les restaurants, etc.

3.4 Les frontières réelles au niveau de la peau

L'expression «avoir une sensibilité à fleur de peau²» est ce qui convient le mieux pour décrire beaucoup de personnes souffrant de SSPT. Les événements traumatiques s'immiscent souvent à l'intérieur de la peau, physiquement ou psychologiquement.

Lina, une petite fille de 3 ans que je connais bien, a vécu beaucoup de traumas sur le plan médical. Elle appréciait vivement la compagnie d'un enfant à l'époque mais était incapable de supporter la stimulation de plusieurs enfants à la fois. Lors d'une fête de famille annuelle, elle se cramponnait désespérément à l'un ou

2. Thin skinned: littéralement «avoir la peau fine». (NDLT)

l'autre de ses parents. Habituellement, elle sentait réconfort et sécurité avec eux mais, cette fois-là, cela ne lui suffisait pas étant donné l'excitation grandissante générée par la présence des nombreux autres enfants.

Sa situation désespérée me toucha et je m'approchai doucement d'elle; elle était cramponnée à sa mère, visiblement toute tremblante. De la main, je frottai doucement mais fermement son dos. Ce faisant, je lui disais «C'est Lina ici. Peux-tu sentir que c'est Lina ici?» Elle commença à se calmer et se détendre. Elle cessa de gémir: Aussi longtemps que je maintins ma main sur son dos, lui rappelant où se trouvait son corps physique et où il s'arrêtait, elle put garder son sang-froid. Mais dès que j'eus enlevé ma main, son chagrin redoubla, alors même que je continuais à lui faire les mêmes rappels verbalement. Sa mère et moi étions frappées, à la fois du soulagement spectaculaire qui s'était opéré en elle lorsque j'avais délimité ses frontières et de la perturbation qui suivit alors qu'elle ne pouvait les maintenir en l'absence de ma main.

Plus tard dans la semaine qui suivit, j'ai discuté avec la mère de Lina de stratégies pour accroître la perception de ses frontières physiques. Nous avons inventé des jeux auxquels elles pourraient s'adonner toutes les deux. L'un d'entre eux consistait à placer leurs mains, leurs bras, leurs jambes ou leurs pieds les uns contre les autres, et la mère devait demander à sa fille de se concentrer sur ce qu'elle sentait de la peau de maman puis de la sienne alternativement: «Sens où c'est maman... Maintenant, sens où se trouve Lina».

Petit à petit, les exercices ont aidé Lina à développer un plus grand sens des limites de son corps et, graduellement, lui ont permis de supporter le vacarme engendré par d'autres enfants.

3.5 Le renforcement³ des frontières physiques d'Hélène

Hélène avait plus de 20 ans lorsqu'elle commença une thérapie suite à une enfance marquée par des abus physiques et sexuels. Inutile de préciser qu'elle avait d'énormes problèmes et une sensibilité à fleur de peau. Citadine sans voiture, elle était souvent en proie à l'anxiété dans les moyens de transport publics. Ce n'était pas le voyage en lui-même qui la perturbait, mais bien le risque de contact physique involontaire. Sa peur d'être touchée accidentellement était très visible, même en thérapie. Elle faisait extrêmement attention lorsqu'elle entrait ou sortait de la pièce, de crainte que ses épaules ne se frôlent. Elle me fit promettre de ne jamais lui donner de tape amicale sur l'épaule lorsqu'elle sortirait. Jamais je n'avais eu de patient aussi effrayé à l'idée de heurter l'épaule de quelqu'un.

Fidèle à mon tout premier principe qui est de pourvoir à la sécurité du patient, en thérapie ou en dehors, je lui proposai que nous imaginions un moyen de l'aider à maîtriser la situation lors d'un contact accidentel, de lui donner des outils pour l'éviter, l'arrêter et l'empêcher de ressentir ce contact comme s'immisçant sous sa

3. Se traduit en anglais par «durcissement de la peau» (voir note page précédente). (NDLT)

peau. Nous savions toutes les deux que les heurts avec les personnes sont quasi inévitables en train, en bus ou en métro.

Tout d'abord, Hélène se construisait une tonicité musculaire afin de renforcer et de durcir le «matelassage» sous la peau. Extrêmement motivée, elle soulevait des poids, réalisait des pompages et des abdominaux et marcha tous les jours pendant plusieurs mois. Ensuite, nous avons mis au point un programme grâce auquel elle pouvait apprendre à s'écartier d'un contact non désiré ou à éloigner la main ou l'épaule de quelqu'un. Elle était convaincue d'avoir à devenir experte en la matière et était décidée à braver la gêne pour y arriver.

Dans ces circonstances, je fis exception à ma règle de ne jamais toucher des patients victimes de traumas car le programme que nous avions créé nécessitait de brefs contacts. Hélène soutenait que les bénéfices potentiels l'emportaient sur les risques éventuels. Une autre solution eût été d'encourager Hélène à essayer les mêmes exercices avec une personne de confiance, ou lui demander d'amener un ami en thérapie. Cela aurait permis de court-circuiter le problème du contact thérapeute-patient. Cependant, à l'époque où nous nous étions lancées dans cette entreprise, Hélène n'avait pas d'amis, elle était trop effrayée à l'idée d'un contact pour avoir quelque ami que ce soit.

Hélène choisit donc la première option. Je faisais la démonstration en premier puis, elle essayait. Nous étions debout, face à face à la distance d'un bras; lorsqu'elle était prête, elle plaçait sa main sur mon épaule. Alors, je faisais pivoter mon tronc hors du contact de sa main et je reculais, hors d'atteinte, ce qui avait pour résultat de faire retomber sa main le long de son corps. Lorsque c'était au tour d'Hélène, elle me disait quand elle était prête à ce que je place ma main sur son épaule. Elle refaisait alors les gestes que j'avais faits, jusqu'à ce que ma main retombe le long de mon flanc.

Pour l'exercice suivant, nous nous tenions debout, épaule contre épaule. Je lui appris d'abord à simplement faire un pas de côté pour ne plus être en contact avec mon épaule. Lorsqu'elle eut réussi la manœuvre, je lui suggérai de rester où elle était et de simplement rétracter ses épaules vers l'intérieur, diminuant donc la largeur de son buste de façon à augmenter la distance entre nos épaules.

Ceci peut paraître simpliste mais, pour Hélène, c'était extrêmement ardu. Elle éprouva beaucoup d'anxiété au début, mais dès qu'elle eût acquis une certaine dextérité, elle se calma et gagna en confiance.

Notre troisième exercice débutait à nouveau face à face, à la distance d'un bras. Hélène me demandait de placer ma main sur son épaule et elle devait l'enlever de façon plus directe: soit elle la repoussait simplement à l'aide de son autre main soit elle tournait son bras du même côté en un cercle, dégageant doucement mon bras. Nous avons parlé de l'importance qu'il y avait à faire ce geste calmement, même si elle était en colère, car l'essentiel était d'empêcher quelqu'un de la toucher, pas de provoquer un conflit.

Nous nous sommes exercées encore pendant de longues semaines. À mesure que grandissait l'habileté d'Hélène, «sa peau se renforçait, durcissait» et, parallèlement, sa confiance à s'aventurer dans le monde grandissait. Sa confiance en moi s'accrut

également à mesure qu'elle se sentait beaucoup plus capable de m'empêcher de faire quelque chose qu'elle n'eût pas voulu. Finalement elle put relâcher quelque peu sa vigilance. Je fus étonnée, un jour, lorsqu'elle me demanda de ne plus tenir ma promesse. Elle désirait maintenant que je la touche occasionnellement lorsqu'elle entrât ou sortît, par exemple en lui donnant une tape amicale. Elle voulait voir comment elle se sentirait et voulait décider elle-même si elle accepterait le contact ou au contraire, s'en écarterait.

3.6 L'établissement du sens des frontières au niveau de la peau

Les traumatismes et le SSPT sont souvent le résultat d'événements qui ont été, d'une manière ou d'une autre, intrusifs: agression, viol, accident de voiture, interventions chirurgicales, torture, coups, etc. La perte du sens de l'intégrité corporelle augmente le risque de perdre le contrôle lors du traitement du traumatisme. Rétablir le sens des frontières au niveau de la peau diminuera souvent l'hyperstimulation et augmentera le sentiment d'avoir le contrôle de son propre corps. Afin d'augmenter le sens de l'intégrité corporelle, je suggère souvent au patient de toucher physiquement ses frontières périphériques, c'est-à-dire sa peau. Ceci peut être réalisé de plusieurs façons:

1. Demandez à votre patient de frotter fermement (ni trop fort ni trop doucement) avec ses mains toute la surface de son corps. Assurez-vous que le frottement reste en surface (par-dessus les vêtements) et ne devienne en aucun cas un pétrissage ou un massage des muscles. Si votre patient répugne à se toucher lui-même, suggérez-lui d'utiliser un mur (un mur froid est souvent très apprécié) ou le chambranle d'une porte ou de se frotter contre un coussin ou à l'aide d'une serviette bref, quelque chose qui lui permette un contact. Souvenez-vous que ce sont essentiellement les côtés des bras et des jambes qu'il faut frictionner;
2. Certains patients se sentiront exaspérés à l'idée de toucher leur propre corps ou d'être observés ce faisant. Dans ce cas, leur faire sentir leur peau par le biais d'objets avec lesquels ils sont en contact pourrait fonctionner: Par exemple leur faire sentir l'endroit où leurs fesses touchent la chaise, celui où leurs pieds touchent la semelle intérieure de leurs chaussures, celui où la paume de leurs mains touche leurs cuisses, etc.
3. Pendant que le patient fait l'un ou l'autre exercice, il est parfois très utile qu'il se dise: «Ceci, c'est moi», «Voici l'endroit où je m'arrête», etc.

3.7 Les frontières visuelles

Pour certains patients, le simple fait que le thérapeute les regarde constitue une intrusion. Les réactions peuvent être très fortes. Ce sont souvent d'intenses sentiments de honte ou de gêne qui sous-tendent cette difficulté. Dans de tels cas, il suffit simplement au thérapeute de détourner son regard: les patients qui ont ce problème se trouveront

immédiatement soulagés. Les thérapeutes qui ont l'habitude de compter sur leurs perceptions visuelles devront s'y accoutumer et ils le feront d'autant plus facilement qu'ils verront le bénéfice qu'en retireront leurs patients.

4 La question du toucher thérapeute-patient

Il n'est pas question ici de nier le besoin universel de toucher et de contact humain. Ce besoin est tout aussi important – si ce n'est encore plus – pour les personnes traumatisées. Cependant, lorsque le besoin d'être touché se vit en situation thérapeutique, il peut y avoir certaines complications. Cela peut provoquer transfert et contre-transfert à des degrés incontrôlables. Les dangers peuvent être minimes pour les patients plus stables du type I et IIA, mais pour ceux du type IIB, le toucher thérapeutique est trop risqué pour être conseillé. Il n'est pas rare en effet que le thérapeute qui l'utilise soit confondu, par le patient ayant été physiquement ou sexuellement abusé, avec l'auteur de ces actes. Il est inutile de préciser que cela n'aide en rien le processus thérapeutique. Voici un exemple d'un rude apprentissage de la chose :

Carl avait été à la fois abusé et négligé dans ses toutes premières années. Il exigeait beaucoup de mon temps et de mon attention. Je l'encourageai à augmenter sa conscience corporelle et à apprendre où se trouvaient ses frontières interpersonnelles, mais il était sceptique. Il se plaignit durant plusieurs séances d'avoir besoin d'être pris dans les bras. Il était sûr que c'était ce dont il avait besoin avec moi. Il se fâcha en voyant que j'hésitais. Il insista finalement pour que l'on essaie et que l'on voie ce qu'il advenait. Je me laissai flétrir, allant à l'encontre de mon intuition. Il voulait que je mette mes bras autour de lui tandis que nous étions assis côte à côte sur le divan. Au lieu de ressentir le soulagement qu'il avait escompté, il sentit au contraire son anxiété monter en flèche. Il était incapable de se détendre et s'en voulut à lui-même d'abord et à moi ensuite. Il disait que j'avais dû faire quelque chose de travers pour qu'il se sente à ce point effrayé. Carl n'était pas capable à ce moment-là de relier cette peur croissante d'être tenu dans les bras avec son passé de victime ; j'étais perçue comme l'auteur des sévices. Il ne fut pas possible de résoudre ce conflit dans les séances qui suivirent et, finalement, Carl arrêta sa thérapie avec moi.

Pour aider les patients traumatisés à assouvir leur besoin de contact, la meilleure stratégie consiste à leur apprendre à le rechercher auprès de leurs proches parents ou amis, ou encore dans un groupe de thérapie. Mais pour qu'un patient soit capable de demander, de recevoir et d'utiliser le toucher dans son réseau personnel, il doit d'abord avoir développé la capacité de percevoir et de respecter ses propres frontières.

Pour avoir vécu plusieurs années d'inceste, Bernadette était désorientée par rapport à ses frontières. Elle connaissait son besoin de contact et, pour le satisfaire, allait au-delà de ce qui était confortable pour elle. Dans son effort pour recevoir du contact physique, elle avait des relations sexuelles un peu avec n'importe qui. Elle avait eu à souffrir, plusieurs fois dans le passé, de maladies sexuellement transmissibles. Elle se trouvait devant un dilemme affreux: elle avait peur; en respectant ses limites interpersonnelles, de n'être plus jamais touchée. Il n'y avait, pour elle, aucun compromis. Après l'avoir aidée à augmenter sa conscience corporelle, je lui suggérai d'organiser une expérience chez elle. Elle accepta. Je lui conseillai alors de choisir un ou une ami(e) avec qui elle pourrait expérimenter le contact en respectant ses frontières. Nous avons discuté du pour et du contre de certains choix et Bernadette détermina deux personnes à qui elle pourrait demander ce genre de choses. Une des deux personnes accepta et je l'instruisis de la procédure à suivre. Bernadette devrait surveiller sa conscience corporelle tout au long de l'expérience et noter les changements qu'elle observerait pour que nous puissions en discuter ensuite à la séance suivante.

Bernadette devait découvrir quelle sorte de toucher elle pouvait recevoir en maintenant ses pulsations cardiaques et sa respiration au niveau normal, autrement dit, sans ressentir d'anxiété. Au début, Bernadette trouvait l'expérience un peu ridicule. Elle était tellement habituée à être touchée qu'elle doutait vraiment d'avoir à prendre de telles précautions. Mais ce qu'elle découvrit fut différent. Lorsqu'elle se concentra sur ses sensations, elle s'aperçut qu'elle devenait effectivement anxiouse lorsque tout son corps était entouré. C'était la première fois qu'elle prenait conscience que la promiscuité sexuelle dont elle avait l'habitude nécessitait qu'elle se coupe de ses sensations corporelles. Elle découvrit également en poursuivant l'exercice que, ce qui était tout à fait confortable pour elle, était d'avoir la main tenue. Dans les semaines qui suivirent, elle fit attention à ses sensations corporelles dès qu'elle était touchée par quelqu'un. Pendant les séances suivantes, nous avons examiné ses découvertes et elle a appris comment demander le genre de toucher qu'elle souhaitait et comment refuser celui qu'elle ne voulait pas.

5 La facilitation de la clôture d'une séance

Tous les thérapeutes connaissent les difficultés qui peuvent apparaître à la fin d'une séance de thérapie des traumatismes. Comme il a été dit plus haut, des réactivations de traumatismes peuvent très facilement se déclencher. Lorsque le timing d'une séance n'entre pas dans le cadre thérapeutique temporel habituel, cela peut être difficile, et pour le thérapeute et pour le patient. La plupart des techniques et principes explicités dans ce chapitre et dans les deux précédents peuvent être utilisés comme aides pour faciliter la clôture d'une séance. Ils peuvent être appliqués à la fois pour ralentir la séance et pour la terminer.

Donner aux patients le moyen de freiner donne un avantage à la fois au patient et au thérapeute. Pour le patient, la sécurité du processus thérapeutique est accrue au fur et à mesure que grandit sa capacité à contrôler ses souvenirs traumatisques, un peu comme à l'aide d'un interrupteur on/off. Le courage d'affronter des questions difficiles augmente habituellement à partir du moment où le patient sait qu'il peut en sortir n'importe quand. Lorsque patient et thérapeute se sont bien entraînés à freiner avant d'aborder le matériel traumatisque, l'hyperstimulation peut être stoppée à tout moment. Mieux, en maintenant l'excitation du patient à un niveau faible durant toutes les séances de thérapie, on est assuré que le processus ne sera pas hors de contrôle à la première occasion. De même, quand le thérapeute connaît les ressources de son patient, il pourra l'aider à éviter les territoires pour lesquels il n'a pas (encore) d'outils pour stopper le processus. Bien sûr, il y a les moments où la perspicacité du thérapeute est moins fine et où la séance nécessite quelques minutes de plus dans le but de freiner mais, avec une bonne préparation, ceci ne devrait pas se passer souvent.

La meilleure façon, parfois, de fixer la durée de la séance est de la terminer plus tôt que le temps initialement prévu. Il peut être très utile d'être à l'affût des «moments propices où s'arrêter», comme avec Gisèle à la fin du chapitre précédent (p. 135): une intégration, un «Ah ah!», une baisse spontanée d'excitation. Il y en a souvent plusieurs en cours de séance. Il est souvent plus judicieux de renvoyer le patient chez lui après une séance plus courte où il a atteint une intégration importante ou un soulagement, que de vouloir continuer la séance jusqu'au bout et d'entamer un nouveau sujet qui pourrait à nouveau faire surgir de l'inconfort ou de la confusion.

Le temps qu'il reste après avoir mis fin à un travail sur un traumatisme spécifique peut aussi être très bien employé à aborder l'intégration de la thérapie des traumatismes dans la vie quotidienne du patient.

Nous étudierons, dans le chapitre suivant, une application de la conscience corporelle et d'autres outils somatiques visant à la facilitation du traitement des souvenirs traumatisques.

Chapitre 8

Quand la mémoire somatique devient partie intégrante de l'histoire personnelle

Indépendamment des techniques ou des modalités utilisées, les buts de la thérapie des traumatismes devraient être :

1. de rassembler les souvenirs implicites et explicites en un récit complet des événements et des répercussions de l'incident traumatique, en ce compris pouvoir donner un sens aux sensations corporelles et aux comportements qui s'y rapportent;
2. d'éliminer les symptômes d'hyperstimulation du système nerveux végétatif liés à ces souvenirs;
3. de reléguer l'événement traumatique dans le passé; pouvoir dire : « C'est fini. Il y a longtemps que cela s'est passé. J'y ai survécu ».

Depuis le milieu des années 1980, plusieurs modèles de traitement des traumatismes ont vu le jour: En réalité, dans ce domaine, règne un certain esprit de compétition. Certains espèrent voir leur modèle de thérapie devenir *la* thérapie des traumatismes. Cette attitude est inquiétante car elle fait du tort à nos patients. Chacune des thérapies disponibles aide certains patients, mais peut aussi échouer parfois. Chacun des modèles a ses points forts et ses faiblesses. Et de même qu'il n'y a pas qu'un unique médicament pour traiter l'anxiété ou la dépression, il n'existe pas de panacée universelle en matière de thérapie des traumatismes. En réalité, c'est parfois la relation thérapeutique et non une technique ou un modèle particulier qui constitue la principale force de guérison d'un traumatisme.

Tous les modèles de traitement des traumatismes ont néanmoins deux choses en commun: ils sont tous extrêmement structurés et très directifs. Chaque méthode implique un protocole précis qui doit être suivi afin d'obtenir la résolution des problèmes

liés aux souvenirs traumatisques. Il semble que ces points communs ne soient pas l'effet du hasard. En effet, tous ceux qui travaillent avec les traumas, toutes techniques confondues, sont d'accord pour dire que ce travail nécessite structure et direction. Et cette opinion est justifiée car suivre le processus du patient sans intervention peut avoir comme résultat soit qu'il évite les souvenirs traumatisques soit qu'il soit submergé par eux. Mais cette façon de travailler comporte le risque que le thérapeute conduise le protocole de façon trop directive sans vérifier suffisamment ce qui se passe chez le patient.

Bien que des études d'efficacité puissent distinguer des modèles plus performants que d'autres, elles peuvent aussi induire en erreur. En premier lieu, il faut savoir que la plupart de ces études sont basées sur des patients traumatisés de Type I. De plus, les études menées par les tenants d'une méthode annoncent principalement des résultats positifs, tandis que celles menées par ses opposants rendent plus compte de résultats négatifs. Une meilleure base de jugement du succès ou de l'échec d'une méthode serait peut-être de faire confiance à la conscience corporelle des patients et à l'évaluation des symptômes : « Est-ce que ceci vous a aidé ? Vous sentez-vous plus calme, plus maître de vous, davantage capable de fonctionner ? Bien, dans ce cas, on continue. » – « Cela ne vous aide pas ? Vous vous sentez plus mal, plus instable, moins capable de faire face à la vie de tous les jours ? Dans ce cas, essayons autre chose ».

Comme il a été dit auparavant, la thérapie des traumatismes la plus sûre est celle qui s'appuie sur différents modèles, de manière à pouvoir s'adapter aux besoins spécifiques du patient.

Quelles que soient les méthodes de thérapie utilisées, les thèmes présentés dans ce chapitre seront utiles pour améliorer la qualité et le résultat de la thérapie des traumatismes.

I Prenez garde à ne pas vous tromper de route

La mémoire est malléable et sujette à influence. Les souvenirs qui sont restés présents dans la mémoire et ceux qui resurgissent par la suite peuvent être tous aussi précis les uns que les autres, et il peut aussi y avoir des inexactitudes. Un bon exemple de la vulnérabilité de la mémoire m'a été donné par le fils d'un ami qui s'est cassé le bras à l'âge de 8 ans. À 12 ans, il se souvenait très précisément d'une grande partie de l'incident : la chute de l'arbre, le bras cassé, le voyage vers l'hôpital, le médecin qui l'avait soigné. Il y avait cependant un détail qui était inexact. Dans son souvenir, c'était sa mère qui le tenait pendant qu'on réduisait sa fracture. Or, c'était en fait son père. Les implications de ce genre de distorsion de souvenir peuvent être profondes. Le souvenir permanent ou remémoré de la fréquence d'un abus pourrait, par exemple, être vrai en général, alors que l'auteur, ou l'âge ou l'endroit, etc. pourrait être inexact. Cela ne veut pas dire que tous les souvenirs remémorés devraient être suspects ; il

est très possible qu'ils soient tout à fait exacts, comme l'ont démontré les études et rapports de Andrews (1997), Duggal et Sroufe (1998) et Williams (1995).

La nature incertaine de la mémoire place le thérapeute des traumatismes dans une position difficile. Les patients présentent des souvenirs de traumas qu'ils n'ont jamais oubliés; ils présentent aussi des souvenirs qui ont ressurgi en cours de thérapie, en dehors de la thérapie ou même avant la thérapie. Des souvenirs peuvent aussi revenir alors que vous ou votre patient essayez de vous les rappeler ou pas. Qu'importe la façon dont les souvenirs réapparaissent, le problème reste le même. Comment évaluer la justesse d'un souvenir? Lorsqu'il y a des traces, des témoins ou des preuves pour le corroborer, il est facile d'en établir la véracité. Quand rien ne vient le confirmer; on peut douter de sa précision. Il est ainsi possible de ne pas pouvoir établir la justesse d'un «souvenir».

Lorsque le thérapeute et/ou le patient ressent le besoin de qualifier un souvenir non confirmé de «vrai» ou de «faux», on se trouve devant un dilemme thérapeutique. Onno van der Hart et Ellert Nijenhuis (1999) appellent cela «la croyance réfléchie» et mettent en garde contre cette pratique étant donné le risque élevé de faux souvenirs négatifs ou positifs. Quelle que soit la qualification de faux ou de vrai qu'on attribue au souvenir, elle aura une grande influence sur la direction de la thérapie et la vie du patient. La seule voie possible dans ce cas sera de continuer le travail en se gardant de tout jugement. Cela peut être difficile à supporter tant pour le patient que pour le thérapeute mais ne pas agir ainsi, c'est s'exposer à l'erreur et à ses terribles conséquences.

I.1 Les risques d'une mauvaise direction

Il est facile d'être emmené sur une mauvaise route. Lorsque cela arrive, le patient peut souffrir beaucoup. Il peut même y avoir décompensation. Il n'est bien entendu pas toujours possible de déterminer si la décompensation est le résultat de l'impact d'un souvenir qui ressurgit ou de la déstabilisation due à la recherche d'un souvenir de traumatisme qui n'existe pas. Lorsqu'il y a doute, les signes d'hyperstimulation du SNV ainsi que d'autres symptômes sont de bons indicateurs. Exemple:

Fabrice arriva en thérapie dépressif, anxieux et suicidaire. Il était pâle, la respiration rapide et superficielle. D'après ses dires, ce n'était pas son état habituel. Il avait décompensé de plus en plus en suivant une autre psychothérapie qu'il avait engagée après avoir eu le sentiment d'avoir été violé durant son enfance. Le thérapeute avait travaillé avec lui le recouvrement des souvenirs d'un possible viol alors qu'il était enfant. Lorsqu'il devint sérieusement suicidaire, il réalisa que quelque chose ne fonctionnait pas bien et se mit à la recherche d'un autre thérapeute.

L'enfance de Fabrice avait été problématique. Il avait été arrêté plusieurs fois, adolescent, et avait passé plusieurs mois en détention. Ces antécédents furent importants pour comprendre son état actuel. Environ neuf mois avant de commencer

un travail avec l'autre thérapeute, la maison de Fabrice avait été cambriolée et saccagée pendant qu'il était de sortie un soir, avec sa famille. Le cambrioleur avait déclenché une alarme silencieuse et Fabrice, en revenant chez lui, trouva la maison envahie par les policiers. Le thérapeute précédent n'avait pas du tout porté attention à ce récent et inquiétant incident. Il avait foncé tête baissée sur le viol ressenti mais dont il n'existe pas de souvenirs. C'est là que Fabrice avait décompensé de plus en plus tandis qu'ils cherchaient dans son enfance, des souvenirs qui pourraient expliquer la sensation de viol.

Après avoir pris connaissance de l'histoire de Fabrice, je lui dis : « Vous avez peut-être été violé durant votre enfance, ou peut-être pas. Il n'y a aucun moyen de le savoir puisque vous ne vous en souvenez pas et qu'il n'existe pas de témoignages à ce sujet. Cependant, le récent cambriolage et l'intrusion de la police qui en a résulté sont suffisants pour accréditer vos symptômes, votre sentiment d'avoir été violé. Beaucoup de gens décriraient leur réaction à de telles intrusions en disant "je me sens comme si j'avais été violé". Si, à cela, vous ajoutez votre passé d'incarcération en tant qu'adolescent, je peux imaginer à quel point le cambriolage et l'intrusion de la police ont pu être choquants pour vous ».

Dès qu'il eût entendu mon évaluation de la situation, Fabrice se calma visiblement. Des couleurs saines envahirent ses joues. Sa respiration se fit plus lente et plus profonde. La baisse de l'hyperstimulation était palpable dans la pièce et Fabrice pouvait la ressentir distinctement dans son corps. Ses idées de suicide s'évaporèrent. En une semaine, il redevint émotionnellement stable et capable de fonctionner normalement. Dans les séances qui suivirent, nous nous sommes occupés des événements récents dont il avait eu à souffrir.

Ce cas n'est malheureusement pas unique. Une des façons d'éviter ce genre d'erreur thérapeutique est de retracer soigneusement les antécédents de la personne et de systématiquement lui demander : « Qu'est-ce qui vous amène en thérapie maintenant ? » Si la réponse ressemble à une « suspicion » d'abus précoce ou d'autres formes de traumatismes, il vaut mieux toujours demander : « Qu'est-ce qui vous amène à croire cela maintenant ? » ou « Qu'est-ce qui a déclenché cela maintenant ? » Si le patient n'en est pas certain, le questionner soigneusement au sujet d'événements stressants qui se seraient produits dans les derniers mois en remontant à un an peut conduire à un événement déclencheur qu'il faudra traiter en premier lieu. Se centrer en premier lieu sur les événements courants qui ont amené un patient en thérapie est un moyen d'éviter de prendre une mauvaise direction.

I.2 L'établissement conscientieux de l'anamnèse

Dans le premier chapitre de son livre, *Shame and Pride*¹ (1992), Donald Nathanson nous fournit un excellent exemple d'un cas où la collecte conscientieuse de toutes

1. Honte et fierté (NDLT)

les informations a permis d'éviter à la thérapie de prendre la mauvaise direction. Nathanson a fait preuve de bon sens, ce qui a permis à son patient d'économiser beaucoup d'argent et de s'épargner aussi beaucoup de tourment. Il décrit un ancien patient qui revint en thérapie, déconcerté d'avoir perdu sa capacité à gérer son anxiété, ce sur quoi sa thérapie précédente avait porté. Son haut niveau actuel d'anxiété était imperméable à tous les outils qu'il avait acquis. Il avait «peur de tout». Au premier rendez-vous, au fil de la récolte d'informations, Nathanson interrogea avec beaucoup de sagesse son patient au sujet de sa «voix nasillarde» et apprit qu'il souffrait d'un rhume. Il découvrit que le patient prenait des médicaments à base de pseudo éphédrine, une sorte d'adrénaline synthétique. Un tel médicament imite la réaction habituelle du corps au stress: il augmente l'excitation du sympathique. Il devint vite très clair aux yeux de Nathanson que les symptômes de son patient étaient dus au médicament et non à l'anxiété. Le soulager de son anxiété devint alors très facile, il suffisait de changer de médicament.

Il est aisément d'imaginer ce qui aurait pu arriver au patient de Nathanson si ce dernier n'avait été aussi avisé. Ils auraient commencé à rechercher une cause psychologique à l'anxiété, en creusant de plus en plus profondément. Les résultats auraient pu être aussi désastreux que coûteux. De telles erreurs sont faciles à commettre quand le thérapeute ou le patient agit sous l'emprise d'idées préconçues et se met à rechercher des causes psychologiques pour expliquer les symptômes somatiques. De graves problèmes peuvent se produire lorsque cela mène à la recherche d'un supposé incident traumatique.

D'autres problèmes physiques peuvent ressembler à des problèmes psychologiques. Par exemple, il suffit de considérer les changements hormonaux qui se produisent chez la femme avec l'âge. On qualifie maintenant de *préménopause*² cette période plus ou moins étendue de changements menstruels et hormonaux qui mènent à la ménopause, l'arrêt complet des menstruations. La préménopause peut commencer près de dix ans avant la ménopause. Durant cette période, les hormones peuvent fluctuer de façon irrégulière et provoquer de nombreux symptômes physiques et psychologiques (Begley, 1999), y compris ceux qui ressemblent à de l'anxiété.

Dorothée, 48 ans, se réveillait brusquement la nuit, en ayant très chaud et le cœur battant la chamade. Influencée par une amie qui faisait une thérapie et par un livre d'autodiagnostic, elle commença à se demander si elle n'avait pas été agressée sexuellement dans son enfance et eut des rêves troublants. Elle était très inquiète. Il me sembla que ses symptômes pouvaient concorder avec les changements de la préménopause. Elle s'éveillait en sueur. Elle n'avait jamais pensé que ses symptômes pouvaient être liés aux hormones puisqu'elle avait toujours des règles régulières.

Je suggérai qu'elle tienne un journal de bord de ses incidents nocturnes et qu'elle voie un gynécologue qui pratiquerait des tests hormonaux. Les tests et le compte rendu

2. Ou *périménopause* (NDLT)

confirmèrent l'apparition cyclique de ces incidents, lorsque le taux d'œstrogènes était trop bas. L'angoisse d'avoir été peut-être agressée disparut.

Autre avertissement: il faut savoir que les effets d'un trauma médical précoce peuvent être confondus avec les effets d'un abus physique ou sexuel. Les interventions médicales qui impliquent les régions génitale ou anale, telles les opérations, examens, traitements d'infections vaginales ou vésicales, les thermomètres rectaux, les suppositoires et les lavements peuvent être traumatisants pour certains enfants. À l'âge adulte, les symptômes somatiques peuvent ressembler à ceux d'un abus sexuel. Il est important d'envisager l'éventualité de traumas médicaux lors de l'évaluation d'adultes qui soupçonnent sans confirmation avoir été abusés sexuellement ou physiquement dans leur enfance.

Il est primordial de ne pas se fier uniquement à la croyance du patient ou aux intuitions du thérapeute en ce qui concerne la cause des symptômes. Une anamnèse soigneuse et exhaustive additionnée d'une solide dose de bon sens sont très utiles pour prévenir les ravages potentiels d'explorations dans une mauvaise direction.

2 La discrimination entre le passé et le présent

En fin de compte, l'objectif principal d'une thérapie des traumatismes consiste à reléguer le traumatisme à sa vraie place, dans le passé du patient. Pour ce faire, les processus de la mémoire explicite doivent être enclenchés afin de sécuriser le contexte de l'événement dans le temps et dans l'espace. Le résultat d'une bonne thérapie des traumatismes est d'ordinaire la capacité de séparer le passé du présent; il n'est généralement pas nécessaire de traiter cela en premier lieu. L'exemple suivant est l'exception qui confirme la règle. Il est mentionné ici pour insister sur l'importance qu'il y a à reconnaître qu'un trauma est terminé, passé, vécu et que le patient y a survécu.

Doris était habituellement anxiante en groupe. Lors d'un exercice en séminaire, elle eut une crise de panique (œur emballé, bouche sèche, sueurs froides). Pendant une simple prise de conscience corporelle, un souvenir ressurgit. Enfant, Doris avait été piégée par un groupe d'autres jeunes qui la tournèrent en ridicule et l'immobilisèrent. Elle avait été très effrayée. Elle n'arrêtait pas de me répéter: «Je ne pouvais pas partir, je ne pouvais pas partir». À chaque fois qu'elle répétait cette phrase, je voyais l'hyperstimulation augmenter, et elle-même le confirmait.

Pour tenter de stopper cela, je lui dis: «Mais vous avez pu partir. Je sais que vous êtes partie». Les symptômes continuaient et Doris devenait confuse. Je lui demandai si elle voulait savoir comme je savais qu'elle était partie. Elle acquiesça vivement de la tête. Pointant alors la place qu'elle occupait, je répondis simplement: «Je sais que vous avez pu partir parce que vous êtes ici». «Oh!» fit-elle et je pus voir une lueur de compréhension briller dans ses yeux. Elle a immédiatement saisi qu'elle ne pouvait être assise en face de moi si elle n'avait pu, en effet, s'en aller

à l'époque. Les symptômes de panique ont disparu à l'instant même de cette prise de conscience et ne sont plus réapparus.

Elle apprécie toujours peu être en groupe, mais le taux d'extrême anxiété a chuté considérablement suite à cette intervention.

La séparation entre le passé et le présent peut également se produire par le corps. Il suffit parfois, lorsqu'on travaille avec un souvenir traumatique, d'adresser un simple encouragement au patient, pour qu'il bouge un doigt ou un bras, ou qu'il se lève et marche un peu ; cela peut aider à renforcer la réalité du «ici et maintenant», à savoir que le trauma ne se déroule plus au moment même : «je ne pouvais pas bouger alors, mais je peux bouger maintenant».

3 L'importance de travailler d'abord les séquelles du trauma

Il est erroné d'appréhender l'incident traumatique comme un événement unique. Chaque événement traumatique comprend trois stades distincts, chacun d'entre eux pouvant augmenter ou diminuer l'impact final du trauma. Les trois stades sont : 1^o : les circonstances qui ont conduit à l'incident traumatique ; 2^o : l'incident traumatique lui-même et 3^o : les circonstances qui ont suivi l'incident, à court terme (les minutes et les heures) et à long terme (les jours, les semaines, les mois), soit :



La période qui suit l'événement traumatique est cruciale. La qualité du contact et de l'aide reçue par la victime peut influencer énormément les conséquences de ce trauma. C'est pour cette raison qu'il est souvent conseillé de résoudre d'abord ce qui a résulté des événements qui ont suivi l'incident traumatique, avant toute tentative de traitement de l'incident lui-même. Ce qui se produit après l'incident cause parfois plus de dégâts, émotionnellement, que l'incident lui-même. Imaginons, par exemple, les suites potentielles pour les victimes de trauma dans les scénarii suivants :

1. Deux femmes, A et B, avec des personnalités et des antécédents analogues sont blessées de façon similaire dans le même genre d'accident de voiture.

Le mari de A arrive à l'hôpital en tremblant, visiblement inquiet au sujet de l'état de sa femme. Il l'accueille chaleureusement et avec un souci évident.

Le mari de B arrive furieux à l'hôpital. Il s'inquiète de l'état de sa nouvelle et coûteuse voiture. Il accueille sa femme en lui faisant des reproches.

2. Deux vétérans de guerre, A et B, également avec des personnalités et des antécédents correspondants, proviennent de la même unité de combat. Ils sont tous deux démobilisés suite à des blessures reçues au cours de la même offensive.

Dans sa communauté, A est accueilli comme un héros. Tout le monde se préoccupe de ses blessures. Il reçoit toute l'aide nécessaire à sa réintroduction.

B, d'autre part, est reçu par ses amis avec mépris pour la violence de ses actes. Sa famille est impatiente parce que sa convalescence lui semble longue. On ne lui procure aucune aide pour sa réintroduction dans la communauté.

Il n'est nul besoin de mener une recherche scientifique pour supposer que, toutes autres variables équivalentes, les A des scénarios ci-dessus s'en tireront vraisemblablement mieux que les B. De la même manière qu'un raz-de-marée suit parfois un tremblement de terre, les événements qui suivent un trauma peuvent provoquer encore plus de dégâts que le trauma lui-même.

Indépendamment de la méthode utilisée, le choix de la partie de l'incident traumatique qui sera traitée en premier lieu peut être crucial pour la direction et le résultat de la thérapie. Aborder le travail directement par les souvenirs du trauma est toujours difficile. Quand on commence par le début de l'incident, la charge émotionnelle et l'activation du SNV peuvent être insurmontables. L'équation se présente alors ainsi :



Commencer au début de l'événement traumatique peut amener à devoir faire face à tout en même temps.

L'une des raisons de traiter les circonstances qui ont suivi le trauma en premier est que cela réduit déjà une partie de la charge émotionnelle. Ensuite, quand on aborde l'événement traumatique proprement dit, on n'a plus affaire qu'à ceci :



De plus, en commençant par la fin, le patient fera face au point le plus aigu de l'incident traumatique en sachant de façon sûre que c'est terminé et qu'il y a survécu.

L'exemple suivant est l'illustration de tous ces points :

Roland³ est une femme de l'Europe de l'ouest, dans la trentaine, qui a subi un viol, à l'âge de 19 ans, pendant des vacances scolaires dans un pays du Moyen Orient. Elle travaille comme assistante sociale avec des immigrés et entre souvent en contact avec des réfugiés du Moyen Orient. Elle a décidé d'entamer une thérapie après avoir constaté une anxiété croissante à son travail dans les

3. Cet exemple est un extrait résumé d'un article publié auparavant (Rothschild, 1996/7, 1997). (Le prénom de la patiente est Ruth dans cet article – NDLT)

mois précédents, anxiété qui empiétait sur sa capacité à fonctionner. Elle vivait de plus en plus de flash-back du viol, avait de la difficulté à se concentrer et des épisodes de cauchemars.

J'ai commencé les séances par une collecte conscientieuse des antécédents. Tandis que nous parlions du passé et de la situation présente, il devint évident que l'anxiété actuelle avait été déclenchée après qu'elle eût été menacée par un de ses patients originaire du Moyen Orient quelques mois plus tôt. Elle n'y avait pas prêté attention sur le moment, mais pouvait faire le rapprochement maintenant. Elle était une patiente du Type I, sans autre problème d'agression sexuelle ou autre trauma dans son histoire. Nous avons parlé de la situation actuelle de Rolande au travail et elle marqua son accord pour ne pas s'occuper pendant un moment de patients potentiellement violents – elle avait déjà reçu le soutien de ses collègues à ce sujet.

Au début de la thérapie, Rolande décrivit «en gros» les circonstances qui avaient entouré le viol. Elle avait voyagé avec un groupe d'amis, mais avait choisi un jour, de partir seule avec un jeune arabe poli, Abdul, qui lui avait proposé de lui faire visiter la ville. Personne n'y avait trouvé à redire. Abdul était très bien documenté et lui montra beaucoup d'endroits que, sans lui, elle n'aurait jamais vus. Vers la fin de la journée, ils rencontrèrent un ami d'Abdul et se dirigèrent vers l'appartement de ce dernier. Comme la nuit tombait, Abdul lui dit qu'il voulait avoir des relations sexuelles avec elle mais qu'il n'autoriserait pas son ami à en avoir parce que lui, Abdul, était amoureux d'elle. Elle protesta et demanda qu'on la ramène à l'hôtel. Abdul la menaça de ce que tous deux auraient des relations sexuelles avec elle si elle ne les lui permettait pas, à lui. Le corps de Rolande se figea alors complètement.

Le lendemain matin, Abdul la reconduisit à l'hôtel, non sans s'être arrêté en chemin pour lui acheter de quoi déjeuner. Lorsqu'ils arrivèrent, ses amis s'inquiétèrent de savoir où elle avait été, mais Rolande était si gênée et si honteuse par rapport à ce qui était arrivé qu'elle leur répondit qu'elle avait dansé toute la nuit.

À son retour chez elle, Rolande souffrit d'une infection vaginale qui l'obligea à suivre un traitement médicamenteux. C'est au gynécologue qu'elle parla pour la première fois du viol. Sa réaction fut froide et clinique, avec une pointe d'intérêt sexuel qui accrut encore son sentiment de honte. Finalement elle s'en ouvrit à une des amies avec lesquelles elle avait accompli le voyage. Elle se souvenait de s'être sentie honteuse et d'avoir eu peur d'être jugée. Cependant, son amie se montra compatissante et extrêmement désolée de ce qui lui était arrivé. Rolande s'était sentie soulagée d'avoir pu finalement en parler à quelqu'un.

Nous avions décidé d'aborder en premier lieu, durant plusieurs séances, la situation qui avait immédiatement suivi le viol. C'est ainsi que les raisons de son incapacité à agir contre le coupable ou à chercher de l'aide apparurent peu à peu de façon claire.

Lorsque Rolande et Abdul avaient quitté l'appartement de ce dernier le matin suivant, Rolande avait senti qu'elle devait être gentille avec lui. Elle ignorait où elle était et comment retourner à son hôtel. Elle ne connaissait pas la langue de ce pays. Elle se sentait dépendante d'Abdul pour son retour vers la sécurité –

dépendante, pour la sécurité, d'un homme qui venait de la violer! Alors elle s'était laissé prendre par la main. En se remémorant cet épisode, elle sentait encore la tension dans sa main droite et l'impulsion de la lui retirer.

Lorsqu'ils s'étaient approchés des amis de Rolande, elle eut envie de hurler: «Appelez la police! Il m'a violée!» mais elle avait réprimé ces mots en crispant sa gorge; elle redoutait la réaction de la foule.

Comme Rolande avait actuellement parmi ses amies une jeune femme du Moyen Orient, je lui suggérai de lui demander quels étaient les comportements culturels de ce pays en la matière. Rolande reçut de son amie des informations pertinentes sur la question et se rendit compte que, pour des gens du Moyen Orient, une jeune femme européenne accusant l'un des leurs de viol n'aurait pu être considérée que comme une putain. Au mieux, ils l'auraient ignorée, au pire, ils l'auraient accusée et frappée. Selon son amie, la police ne l'aurait pas prise au sérieux. Ils auraient même pu l'arrêter! D'apprendre ainsi les coutumes de ce pays soulagea considérablement le sentiment de culpabilité dont elle souffrait pour n'avoir pas cherché d'aide pour elle-même ou de châtiment pour son agresseur.

Je ramenai Rolande à ses souvenirs et lui demandai de sentir, dans son corps, ce qu'elle avait dû faire pour tenir son violeur par la main et ne pas crier au secours: cela avait été une prouesse difficile. Elle avait dû crisper son bras tout en gardant sa main détendue, crisper sa gorge, ne pas s'enfuir; etc. En même temps, je lui fis voir à quel point elle avait été avisée, combien elle s'était vraisemblablement épargnée de douleur, de honte et de tourment en se contrôlant de cette manière.

À partir de ce moment, Rolande fut capable de colère vis-à-vis du violeur et de la manière dont il avait disposé d'elle. Jusqu'alors, elle n'avait pu se mettre en colère que contre elle-même. Elle était prête à rendre à chacun ses responsabilités, réalisant que c'était lui qui était fautif. (Elle savait – et nous devions encore travailler cet aspect plus tard – qu'il y avait quelque chose qu'elle n'avait pas pris en considération qui l'avait fait se trouver dans cette situation.) Mais du moins parvint-elle à rendre Abdul – et lui seul – responsable du viol. Rolande avait clairement répondu «Non!» à ses avances sexuelles.

Alors seulement, pour la première fois depuis l'agression, Rolande se souvint qu'Abdul avait tenté de l'étrangler lorsqu'elle avait résisté.

Ce fut une étape importante. C'était en effet primordial pour attribuer les culpabilités. Beaucoup de rescapés de traumas sont bien trop prompts à endosser toutes les responsabilités, et beaucoup de thérapeutes sont aussi trop rapides à mettre toutes les responsabilités sur l'agresseur. Pour que le patient puisse se réapproprier pouvoir et santé mentale, la lumière doit être faite sur la vraie culpabilité. Un violeur est responsable du viol. Point. Et la victime du viol doit pouvoir comprendre comment elle a pu se trouver dans cette situation – non pour s'en sentir coupable, mais pour pouvoir se prémunir à l'avenir contre une telle chose.

Rolande exprima sa colère et cria qu'il n'était pas juste qu'Abdul s'en soit sorti sans dommage et libre alors qu'elle avait souffert durant toutes ces années. Je lui suggérai qu'elle se permette d'imaginer ce qu'elle aurait voulu qu'il arrivât. La réponse fusa, immédiate et claire: il aurait dû être pris, jugé et castré. «Les

hommes qui ne peuvent maîtriser leurs hormones sexuelles ne devraient pas être autorisés à en avoir». Elle était certaine de ne pas vouloir qu'il meure ou qu'il souffre, seulement qu'il soit privé des hormones qu'elle voyait comme la cause de ce qu'il lui avait fait subir.

Grâce à cela, Rolande a pu avoir un autre ressenti. Pour la première fois depuis le viol, elle n'éprouvait plus la honte d'avoir été violée. Elle se sentait plutôt en colère vis-à-vis du violeur.

Ce fut un tournant déterminant dans la thérapie de Rolande. Le reste du travail se déroula beaucoup plus facilement. Quand elle s'attaqua au viol proprement dit, elle ne fut plus envahie ni par la honte ni par les doutes au sujet de qui était dans l'erreur. Et quand il s'est agi de voir comment elle avait pu se mettre dans une telle situation, elle a pu distinguer la honte du viol lui-même de la culpabilité de n'avoir pas fait preuve de plus de prudence.

4 L'établissement d'un pont entre l'implicite et l'explicite

Quand le SSPT provoque un clivage entre l'esprit et le corps, les souvenirs implicites d'images, d'émotions, de sensations somatiques et de comportements se déconnectent des faits et des pensées liés à l'événement traumatique qui sont engrangés dans la mémoire explicite et ce, que le patient en ait des souvenirs conscients ou non. La guérison d'un traumatisme requiert absolument que le lien soit rétabli entre tous les aspects de l'événement traumatique. L'implicite et l'explicite doivent donc être reconnectés de manière à recréer un récit cohérent des événements, ainsi que pour trouver place dans le créneau adéquat du passé du patient. Pouvoir donner un sens aux sensations, émotions et actions encodées dans la mémoire traumatique est un tournant majeur de ce processus. Les outils pour construire ce pont se trouvent dans la psychothérapie aussi bien que dans la thérapie psychocorporelle. Il est nécessaire de traiter ce qui se passe dans le corps et il est aussi nécessaire d'utiliser des mots pour décrire et donner un sens à l'expérience. Le fait est que les patients ont besoin d'aide pour penser et ressentir simultanément – c'est-à-dire, pour être capables de ressentir leurs sensations, leurs émotions et leurs actes et de tirer en même temps des conclusions cohérentes de la relation qui existe entre ces images et les pensées qui les accompagnent. Ils arriveront ainsi progressivement à former un récit cohérent et à replacer l'événement dans le passé.

Les deux séances de thérapie présentées ci-après illustrent l'intégration qu'il est possible d'obtenir en thérapie des traumatismes quand les deux dimensions – corps et esprit – sont connectées.

4.1 Gisèle, 2^e partie

Une première partie de la thérapie de Gisèle visant à résoudre le traumatisme dû à un accident de voiture a été décrite sous la forme d'une séance au chapitre 6 (pp. 126 à 135). Ce qui suit est la transcription d'une séance ultérieure. (G = Gisèle, T = la thérapeute.)

T: Que voulez-vous travailler aujourd'hui?

G: Quelqu'un m'a récemment demandé comment je m'étais fait les cicatrices sur le bras et j'ai senti un léger mal de tête et une vague nausée. J'ai eu une image très claire de la fin de l'accident, quand la voiture avait fait son dernier tonneau et quand j'ai baissé les yeux et vu que mon bras gauche était cassé.

T: Que ressentez-vous dans votre corps lorsque vous parlez de cela maintenant?

G: Une légère anxiété ici (elle pointe son ventre) et une drôle de sensation dans la mâchoire, elle tremble un peu.

T: Que pensez-vous de la distance entre nous?

(Je me souviens de sa tendance à se dissocier.)

G: (Elle sourit.) Elle est bonne.

T: Dites-moi ce dont vous vous souvenez au sujet de votre ancrage.

(Il est important de vérifier l'ancrage à chaque séance. Parfois, il sera nécessaire d'en changer ou de le modifier.)

G: C'est un endroit qui se situe près de la maison de mon ami, dans une belle vallée arborée où coule une rivière peu profonde dont l'eau est pure comme du cristal; on peut voir les rochers au fond de l'eau. Il y a un rocher de granit particulier sur lequel j'aime m'asseoir.

T: Que ressentez-vous dans votre corps maintenant?

G: Mon estomac s'est desserré et mes épaules sont retombées, mes mains sont sèches.

(Les signes du parasympathique indiquent un système nerveux détendu; la séance peut donc se poursuivre en toute sécurité.)

T: Parfait, alors continuons, voulez-vous?

G: D'accord.

T: Par où voulez-vous commencer?

(Donner le contrôle des opérations au patient.)

G: Je veux vous raconter ce qui s'est passé lorsque la voiture s'est arrêtée. Ce fut alors que je réalisai que j'étais toujours là, en vie. Je baissai les

yeux et vis que mon avant-bras était tordu [cassé] et je l'ai redressé. C'était comme si je ne pouvais pas supporter de le voir comme cela.

T: Que ressentez-vous lorsque vous parlez de cela?

G: Rien, aucun ressenti, mais quelque part en moi je sais que c'était effrayant.

T: Qu'est-ce que cela vous fait de savoir que c'était effrayant mais de ne pas le ressentir?

(*Gisèle est dissociée de sa peur. Je veux savoir comment elle conçoit cette incongruité. Un patient ne devrait pas être poussé à ressentir des sentiments dissociés.*)

G: C'est bizarre. Je n'aime pas cela. Je veux mettre ces deux choses-là ensemble.

T: Quelles deux choses?

G: Me sentir effrayée pour mon bras.

T: Ne croyez pas qu'il soit nécessaire d'être TRÈS effrayée.

(*Gisèle a peur de ressentir sa frayeur et je ne veux pas qu'elle s'imagine que cette frayeur est plus importante qu'elle ne sera peut-être en réalité. Parfois les émotions sont dissociées à cause de la crainte présumée qu'elles vont nous submerger. Les patients traumatisés ont coutume d'anticiper une expression dramatique des émotions. En réalité, ces émotions se manifestent parfois de façon très subtile.*)

T: Que ressentez-vous dans votre corps maintenant?

G: Je sens davantage mon épaule.

T: On dirait que vous bougez...

G: Je me tourne vers la droite.

T: Voulez-vous continuer le mouvement? Voyez si vous pouvez suivre l'impulsion. Simplement continuer le mouvement. (Elle se tourne davantage vers sa droite.) Que se passe-t-il lorsque vous faites cela?

G: Je me souviens d'avoir voulu enlacer mon ami et le sentir là, mais il était inconscient. (Elle commence à parler plus vite et sa voix monte d'un ton.) Alors est arrivé ce policier près de la fenêtre et j'ai hurlé «Sortez-moi d'ici!» J'avais peur que la voiture n'explose. Et...

T: Attendez. N'allez pas trop vite. Dites-moi ce que vous ressentez maintenant.

(*Elle commence à être emportée par son récit. Il faut absolument appliquer les freins pour éviter l'hyperstimulation et un nouveau traumatisme.*)

G: Je me sens plutôt tremblante et au bord des larmes.

T: Savez-vous de quelle émotion il s'agit?

(À ce stade, je ne veux pas qu'elle plonge dans l'émotion. Elle est trop confuse pour cela. Je veux qu'elle sache d'abord ce que c'est avant de le ressentir profondément car ainsi, cela lui semblera plus familier et, je l'espère, plus gérable.)

G: Effrayée. Et un peu...je ne trouve pas le mot, comme s'il fallait que je m'occupe de quelque chose maintenant, de façon urgente.

T: Comment cela se traduit-il dans votre corps?

G: Par des tremblements. Et j'ai une impulsion à me lever; à bouger.
(Elle se souvient de beaucoup de sensations et de sentiments en une fois.)

T: Suivez votre impulsion.

G: Je ne pense pas que je le puisse. Ce que je veux faire c'est vous raconter comment ce policier voulait m'empêcher de faire cela. Il ne voulait pas me laisser me lever et partir. Il faisait tout ce qu'il fallait pour cela. Il a dit «Attendez! Pouvez-vous sentir votre pied? Pouvez-vous sentir vos jambes? Avez-vous mal au dos? Mais je ne faisais que répéter: «Je veux seulement m'en aller d'ici. Je vais bien. Sortez-moi de là!» Mais il me faisait examiner tout cela.

T: Savez-vous pourquoi il le faisait?

(Test de réalité.)

G: Il voulait s'assurer que je n'étais pas blessée au dos. Mais je savais que je ne l'étais pas. J'avais déjà vérifié par moi-même. J'avais fait ce qu'il fallait! J'avais déjà fait tout cela et je voulais juste sortir de là!

T: Qu'est-ce que vous ressentez maintenant?

G: De la colère. J'ai envie de dire: «Taisez-vous! Je sais qu'il n'y a pas de danger pour moi de bouger; sortez-moi de là».

T: Vous souvenez-vous et/ou savez-vous combien de temps s'est écoulé depuis le moment où il est arrivé près de vous et celui où il vous a aidée à sortir de la voiture?

(Un autre test de réalité. À ce moment-là, cela lui a sûrement paru une éternité.)

G: Je ne pense pas que ce fût très long.

T: Que ressentez-vous dans votre corps maintenant?

G: Un peu plus de calme. Je ressens un léger tremblement dans mes jambes.

(Le tremblement accompagne souvent le relâchement d'une peur, mais ce n'est pas encore le moment de se focaliser sur cela car elle n'est pas encore tout à fait connectée à sa peur.)

T: Qu'en est-il de vos mains et de vos bras?

G: (Elle baisse les yeux.) Ma main droite tient mon bras gauche. C'est ce que j'ai fait alors: j'ai soutenu mon bras cassé.

(Les signaux visuels et les nerfs kinesthésiques aident Gisèle à se souvenir d'une posture et d'un geste qui sont dans sa mémoire traumatique.)

T: Que ressentez-vous?

G: Je sens quelque chose dans ma gorge, mais je ne sais pas ce que c'est.

T: Que pensez-vous de la distance entre nous?

G: Elle est bonne.

T: Est-ce que vous êtes d'accord pour qu'on continue? Je suis consciente de ne pas vous avoir ramenée à votre ancrage, mais il me semble que ce degré de stimulation est tolérable pour vous.

(Vérifier si elle n'est pas en train de se dissocier. Il y a beaucoup de matériel qui est sorti et elle ne semble pas être en hyperstimulation importante. C'est habituellement le cas: quand les émotions sont intégrées, l'hyperstimulation baisse, mais il est important de le vérifier.)

G: Oui, ça va.

T: De quoi êtes-vous consciente au niveau de vos bras?

G: Je ne veux pas enlever mon bras droit de mon bras gauche [celui qui est cassé].

T: Il me semble que vous ne regardez pas votre bras gauche, est-ce exact?

G: Oui, c'est vrai. Je ne le veux pas, mais il y a quelque chose là.

T: Vous n'y êtes pas obligée.

G: Ça va, je veux le regarder.

T: Ne le faites pas encore. Lorsque vous le ferez, je suggère que vous y jetiez un bref coup d'œil. Jetez un coup d'œil et voyez ce qui se passe.

(Y aller par petits morceaux contrôlés.)

G: (Elle jette un rapide coup d'œil.)

T: Qu'est-ce qui s'est passé?

G: J'ai senti un frisson qui m'a traversé le corps.

T: Entièrement?

G: Oui. Cela ressemblait à quelque chose comme ça: Oohhh, c'était horrible! (Le frissonnement augmente.)

T: Laissez ce tremblement survenir:

(La connexion avec la peur est beaucoup plus importante; il y a donc plus de chances d'intégration.)

G: Je me sens un peu malade.

T: Voyez s'il vous est possible de rester avec ce tremblement et cette nausée environ une minute. (Elle le fait et le tremblement cesse.)

T: Comment vous sentez-vous?

G: Plus calme mais toujours un peu malade.

T: Ne pensez-vous pas qu'il s'agit là d'une réaction normale? Quand on voit un membre cassé dans une position bizarre, c'est normal de se sentir un peu nauséux.

G: Oh oui! C'était affreux à voir: Ooohhh. (Le tremblement réapparaît.)

T: Que ressentez-vous quand vous tremblez?

G: En fait, je me sens bien maintenant.

(Elle est en train d'intégrer ce souvenir: images, sensations et sentiments.)

T: N'essayez pas d'accentuer ou de diminuer le tremblement; laissez-le être simplement. Qu'advent-il de votre sensation de nausée pendant que vous tremblez comme cela? Est-ce qu'elle se fait sentir plus fort ou moins fort?

G: Ça diminue.

T: Comment va la distance entre nous?

G: Ça va

T: Est-elle la même qu'avant?

G: Il y a juste un léger retrait.

(Légère dissociation. Il est temps de freiner et d'utiliser l'ancre.)

T: Faisons une petite pause.

G: (Rires de soulagement.)

T: Quelle espèce d'arbres se trouve dans l'endroit que vous aimez?

G: Des chênes.

T: Sont-ce les chênes qui ont ces petits hélicoptères qui tombent en vrille?

G: Non, ça ce sont des érables. Les chênes ont des glands!

T: Ah oui! C'est vrai! (Nous rions toutes les deux.)

(Le rire est un remède puissant dans les cas d'hyperstimulation et de dissociation.)

T: Y êtes-vous habituellement lorsque les arbres sont feuillus ou pas?

G: J'y ai été dans les deux cas.

T: Durant toutes les saisons? Avez-vous vu les feuilles changer de couleurs aussi?

G: Oui.

T: De quoi êtes-vous consciente au niveau corporel?

G: Soulagement. Moins de tension.

T: Est-ce qu'il vous arrive de marcher pieds nus dans la rivière?

(Associer des sensations variées en rapport avec l'ancre.)

G: Oh! Oui, tout le temps. Enfin, pas tout le temps. Même en hiver, juste le temps de me mouiller les orteils.

T: À quoi ressemble cette sensation?

G: C'est incroyablement purifiant. Et très froid. Mais cela peut vraiment tout nettoyer à fond. (Elle soupire profondément.)

T: Vous êtes-vous rendu compte de votre respiration?

G: Oui.

T: Voulez-vous encore rester là-bas un peu ou le moment est-il venu de revenir?

G: Rester un petit peu. Je sens un rocher en dessous de moi.

(La patiente prend le contrôle.)

T: Quoi d'autre?

G: Je peux entendre le bruit de l'eau qui bondit autour de moi.

T: Avez-vous déjà montré votre rocher à un ami?

G: Pas celui-là. D'autres, oui. Mais celui-ci est trop important pour moi. Maintenant, je suis prête à reprendre.

(Plus la patiente prend le contrôle, plus elle se rassemble pour faire face à ce passé effrayant.)

T: Quand vous pensez à votre bras, que ressentez-vous dans votre corps?

G: Je me sens pencher vers la droite et m'empêcher de le voir.

T: Pouvez-vous décrire cela davantage?

G: Oui. C'est étrange. Je pense que si je me penchais vers la gauche, je serais pleine d'émotions.

T: Et quand vous vous penchez vers la droite?

G: Là je ne ressens rien, comme quand j'ai pensé: «Il n'est pas question que quelqu'un me voie comme ça» et j'ai redressé mon bras. Et je me suis sentie bien à partir de ce moment.

T: Et quand vous avez bougé votre bras dans cet état-là, qu'avez-vous ressenti?

G: Rien. Pas de douleur. Pas de sentiment. Totalement anesthésiée.

T: Donc vous vous êtes en partie dissociée pour accomplir cette tâche importante?

(Reconnaitre la ressource utilisée comme mécanisme de défense.)

G: Oui. J'avais peur que l'os ne passe au travers de ma peau s'il était laissé comme ça pendant le transport. Mais les médecins n'ont pas apprécié que j'aie fait cela.

T: Vous faisiez tout ce que vous pouviez pour vous protéger. Pour réaliser cela, vous avez dû faire une sorte de clivage interne, qui semble ne pas s'appliquer à votre côté droit.

G: Oui, et à l'arrière. C'est sans aucun doute à l'arrière.

T: À votre droite et à l'arrière. Pouvez-vous vous ressentir à cet endroit maintenant?

G: Plus ou moins, mais je ne suis pas entrée complètement dans le mouvement. J'hésite au milieu.

T: J'observe vos mains. Êtes-vous consciente de ce qui se passe avec vos mains?

G: Elles tremblent.

T: Elles?

G: Eh bien, en fait la gauche tremble mais pas la droite.

T: Exactement.

G: C'est comme si celle de gauche conservait la peur.

T: Et la droite?

G: C'est comme si la droite était plus ferme. «Je peux supporter cela». (La main droite et la main gauche représentent le clivage droit et gauche qui s'est fait entre les sensations et l'engourdissement.)

T: Je vous propose de diriger votre conscience dans les deux mains en même temps. Pouvez-vous le faire?

G: Oui.

T: Bien. Maintenez votre conscience dans les deux mains pendant que vous les rapprochez l'une de l'autre, très lentement.

(Ce mouvement symbolise l'intégration des parties qui ressentent les sensations et de celles qui sont engourdis.)

G: (Elle tremble en faisant ce geste.)

T: Est-ce que vous sentez que vous tremblez?

G: Oui. (Elle continue lentement.)

T: Qu'est-ce qui se passe?

G: Je me sens en colère. Cela se rapporte au fait que je prends soin de moi et que les autres ne prennent pas soin de moi. Alors, je redresse mon bras et je fais en sorte d'être bien.

T: Qu'est-ce qui arrive à vos yeux?

G: J'ai envie de pleurer, je deviens triste.

T: Savez-vous pourquoi?

(Peut-elle donner un sens à ses sensations et sentiments – autrement dit, peut-elle penser pendant qu'elle ressent?)

G: Ce n'est pas qu'ils ne prenaient pas soin de moi. Je ne voulais pas les laisser prendre soin de moi. Je n'arrêtais pas de dire à tout le monde que j'allais très bien.

T: Où se situait la vérité?

G: De ce que j'ai dit ou de ce que j'ai ressenti?

T: De ce que vous avez ressenti.

G: J'avais vraiment très peur: (Elle commence à pleurer et sa voix devient plus ténue.) J'ai perdu le contrôle de la voiture et elle a fait une série de tonneaux...

(Elle est en train d'intégrer l'image de l'accident à l'émotion qui était dissociée.)

T: ... et vous aviez vraiment très peur...

G: Et j'avais vraiment très peur: C'était comme si elle se retourait au ralenti, cela m'a semblé durer des heures, et je ne savais pas où elle allait atterrir.

T: ... et vous aviez vraiment très peur...

(L'encourager à rester connectée avec sa peur pendant qu'elle se remémore la scène. Une grande étape dans la guérison du trauma est franchie quand le patient se sent suffisamment en sécurité pour, au moment où il raconte, ressentir la peur qui était dissociée auparavant.)

G: ... et j'avais vraiment très peur. J'avais vraiment très peur!

T: Est-ce que vous ressentez cela maintenant?

G: Oui. (Elle tremble.)

T: Je peux le voir. Laissez le tremblement se faire.

(Plus la connexion avec la peur est grande, plus le tremblement sera efficace pour la relâcher.)

G: Et...

T: Doucement. Voyez si vous pouvez rester encore un peu avec cette sensation dans votre corps. (Gisèle tremble un peu plus.)

G: Je sens que je commence à me sentir fâchée maintenant. Je veux vous en parler. Ce qui ne m'a été d'aucun secours, c'est ce que le policier a dit. Il est arrivé et la première chose qu'il ait dite, ce fut (la voix de Gisèle se fait plus forte): «Et bien! Quand je suis arrivé et que j'ai vu cette voiture, je me suis dit que je n'avais plus qu'à ramasser les morceaux!» et (elle parle plus fort encore, avec des larmes dans la voix) JE N'AVAIS VRAIMENT PAS BESOIN D'ENTENDRE ÇA!

T: Cela vous a encore plus effrayée.

G: Oui! Vraiment, vraiment, je n'avais pas besoin d'entendre ça!

T: Voyez s'il vous est possible de rester connectée avec cette colère et, en même temps de ressentir combien ses mots vous ont effrayée.

G: Non. Je ne veux pas ressentir combien cela m'a effrayée.

T: D'accord. Qu'est-ce que vous ressentez dans votre corps à l'instant même?

G: Solide sur mon fauteuil. Mais un peu partie tout de même.

T: Savez-vous pourquoi?

G: Je pense que c'est parce que je ne veux pas ressentir cette frayeur.

T: Avez-vous jamais dit à quelqu'un à quel point vous aviez été effrayée?

G: Non, j'allais «bien». J'ai dit à tout le monde combien j'avais de la chance d'être encore en vie. Je n'ai jamais dit à personne combien j'avais eu peur.

T: Pourriez-vous le dire à quelqu'un maintenant?

G: Cela me semblerait difficile. Peut-être à ma meilleure amie.

T: Pouvez-vous vous imaginer le lui disant?

G: Je sais que je pourrais le lui dire, mais je ne sais pas si je pourrais ressentir quoi que ce soit.

T: Voulez-vous essayer?

G: Oui.

T: Savez-vous pourquoi je vous suggère de faire ceci?

(Il ne s'agit pas d'une devinette. Je veux vérifier si elle peut penser et si elle est capable de comprendre mon but. Je le lui dirai si elle ne sait pas.)

G: Parce que je n'ai eu ni contact ni soutien à ce propos.

T: Exactement. Il me semble que vous avez été bien seule avec cette peur.

G: Oui, c'est vrai.

T: Bon. Alors, vous êtes partante?

G: Oui, j'aimerais bien.

T: Parfait. Imaginez que vous êtes avec votre amie. Où cela se passerait-il?

G: Dans ma cuisine. Rien qu'en l'imaginant, je me sens trembler un peu.

T: Laissez le tremblement se faire. (Elle accepte et pleure un petit peu. Puis, tremblement et larmes s'arrêtent.) Que voulez-vous raconter à votre amie?

G: (Avec beaucoup d'émotions) J'étais tellement effrayée. Je pensais que j'allais mourir. Et alors, ce stupide policier est arrivé et m'a dit qu'il avait pensé que j'étais morte! Je me suis sentie tellement en colère. Quelles paroles stupides!

T: Vous n'êtes pas morte, mais vous aviez très peur.

G: Cela me semble approprié de le souligner! (Rires.) Et je ne suis pas morte! Je ne suis pas morte. En fait, je n'étais pas tellement blessée.

T: Mais vous avez eu peur de mourir.

G: Physiquement, je n'allais pas tellement mal, mais qu'est-ce que j'ai eu peur de mourir, dites donc!

T: Que ressentez-vous dans votre corps?

G: Vraiment réveillée. Plus calme. Et mes palpitations cardiaques ont cessé.

T: Pensez-vous vraiment pouvoir le dire à votre amie?

G: Oui. En fait, j'en ai envie. Je pense que je vais l'appeler en rentrant à la maison.

(Établir un pont entre la thérapie et la vie quotidienne du patient est très important. Si la thérapie ne sert pas dans la vie courante, elle ne vaut pas grand-chose.)

T: Comment vous sentez-vous dans votre corps maintenant?

G: Plutôt calme, en fait.

T: Bien. J'aimerais que vous regardiez votre bras gauche à nouveau. (Gisèle le fait.) Que se passe-t-il?

(Vérifier pour voir le degré d'intégration et de soulagement.)

G: Je me sens un peu triste à la vue de ces cicatrices, mais je ne me sens plus ni nauséeuse ni effrayée.

T: Savez-vous d'où vient cette tristesse?

G: Je suis seulement désolée que mon bras ait été blessé et que je n'aie dit à personne combien j'avais eu peur.

T: Je peux comprendre. Pensez-vous que ce soit le bon moment pour arrêter la séance?

G: Oui, ça va.

En commençant par un déclencheur traumatisque, les cicatrices sur le bras, Gisèle a été capable de reconnaître et d'intégrer les événements les plus effrayants de l'accident de voiture. Petit à petit, elle a donné un sens aux sensations, aux émotions et aux mouvements traumatisques combinés aux souvenirs d'images visuelles et auditives qui sont remontés. L'une des choses les plus importantes fut la reconnaissance de son immense solitude au moment de l'accident et face aux souvenirs effrayants de ce moment. En parler à sa meilleure amie pourra amorcer un nouveau comportement dans la vie quotidienne de Gisèle. On peut espérer que la prochaine fois qu'elle sera effrayée, elle en parlera à quelqu'un.

À la fin de la séance, Gisèle fut capable de revenir au stimulus de départ – regarder son bras – sans qu'aucune hyperstimulation ne se manifeste.

4.2 Charlie et le chien, suite et fin

Cette histoire a débuté au chapitre 1 et était destinée à tisser un fil conducteur tout au long de la partie théorique de ce livre. Au chapitre 3, elle illustre comment on

peut revivre une situation traumatique par le biais des déclencheurs de souvenirs dépendants d'un état interne. Au chapitre 6, elle démontre comment, par la simple conscience du corps, il a été possible de faire baisser un état d'hyperstimulation grave. Cette histoire servira maintenant, dans la conclusion, à démontrer l'importance de faire le lien entre les souvenirs implicites et les souvenirs explicites. Ici, les tests de réalité et l'attention portée aux impulsions somatiques ont aidé à modifier la réaction à un déclencheur traumatique.

Quand Charlie a pu sentir son corps (et cela l'avait aidé à se calmer considérablement – tous les signes d'activation du sympathique avaient baissé à l'exception de la bouche qui était restée sèche), il a été capable de penser. Je lui ai demandé: «Est-ce que Ruff ressemble au chien qui t'a attaqué?» Il répondit, surpris: «Je ne sais pas, je n'ai jamais regardé Ruff». Sa réponse étonna tout le groupe car Charlie s'était trouvé près de Ruff plusieurs fois durant les deux années précédentes. Quoi qu'il en soit, Charlie s'était arrangé pour éviter complètement Ruff. Il s'angoissa à la simple idée de regarder Ruff. Je l'encourageai à jeter un très bref coup d'œil à travers ses doigts (comme l'aurait fait un enfant timide). Il le fit très vite – à la vitesse de l'obturateur d'un appareil photo – juste assez pour voir Ruff en un éclair. À ce moment, Charlie s'exclama, avec une profonde surprise: «Mon Dieu! Ruff ne ressemble pas du tout au chien qui m'a attaqué!» En réalisant cela, il se calma considérablement, la rigidité disparaissant peu à peu de son corps, tout comme l'excitation du sympathique. La réaction fut vraiment spectaculaire. Lui et moi nous observions ce phénomène se produire, en vérifiant de temps à autre la conscience corporelle. Lorsque la raideur eut complètement disparu, ses jambes s'agitèrent petit à petit – de petits tressaillements dans les cuisses et les mollets. J'attirai son attention sur ses mouvements, ce que Levine (1992) appellerait des mouvements intentionnels (de légères contractions musculaires qui peuvent indiquer une velléité de mouvement qui n'est pas mené à son terme) et je l'encourageai à les ressentir de l'intérieur (grâce aux nerfs intéroceptifs kinesthésiques). J'espérais que ces mouvements se développeraient davantage si nous étions patients, et c'est ce qui s'est passé. Après quelques minutes, Charlie ressentit l'impulsion de replier ses jambes loin de l'endroit où Ruff était assis. Il le fit et remarqua, avec grand plaisir: «Je peux bouger comme cela; si Ruff revient, il ne pourra pas mettre sa tête sur mon genou». Charlie se découvrit alors une autre impulsion: celle de se lever et de s'éloigner de quelques mètres, ce qu'il fit en disant: «Je pourrais aussi m'en aller si Ruff revient». (Aussi évident que cela pourrait paraître, Charlie n'avait pas eu cette possibilité dans son état d'hyperstimulation.) À ce moment, j'ai vérifié à nouveau la conscience corporelle de Charlie: tous les signes d'hyperstimulation avaient disparu.

Plus tard au cours de ce séminaire, Charlie eut l'occasion d'utiliser ses nouveaux outils car Ruff revint, en effet, s'installer deux fois près de lui. La première fois, Charlie fut capable de se détourner de Ruff sans déclencher de flash-back, bien qu'il signalât un peu d'anxiété. La seconde fois, Charlie a simplement replié ses jambes loin de Ruff, qui s'installa près de lui. Cette fois, Charlie ne ressentit pas la

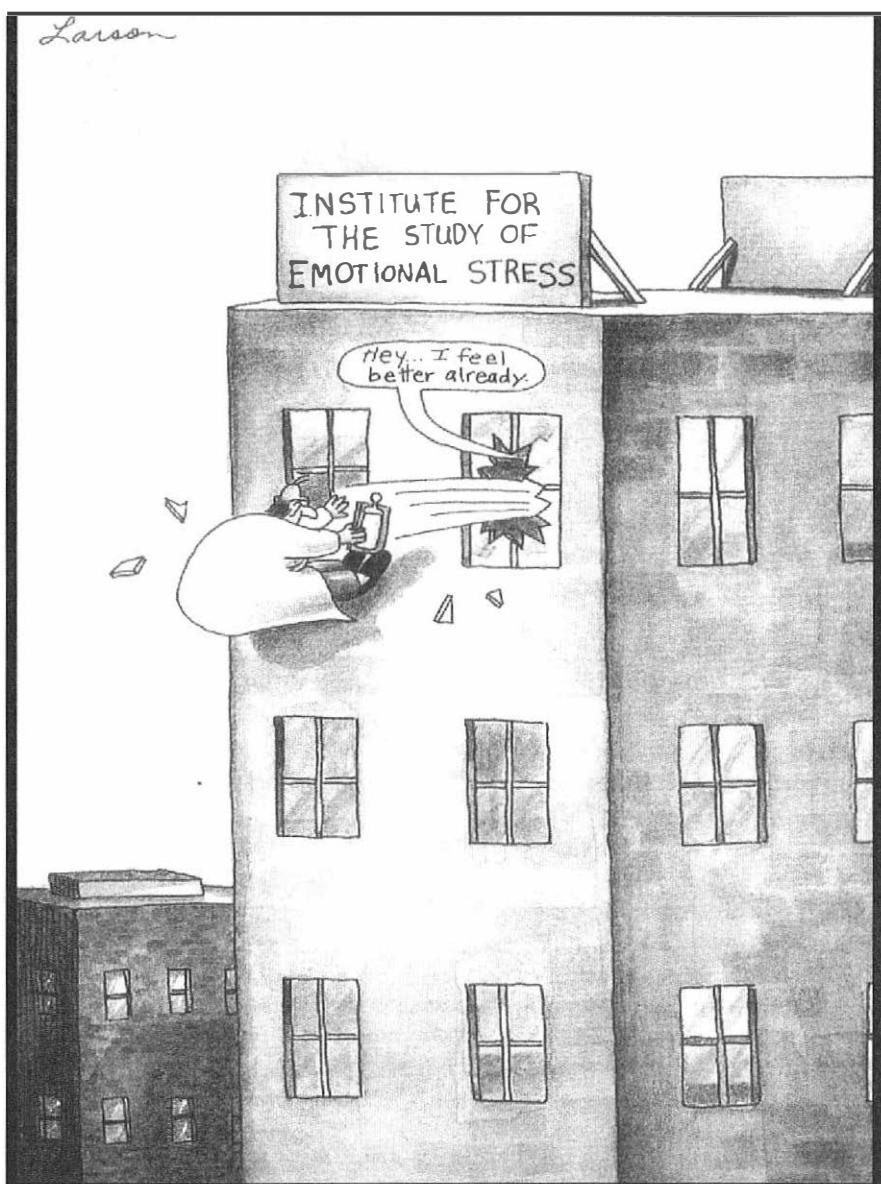
moindre anxiété. Nous n'avons jamais traité les détails de l'attaque du chien. Par contre, nous avons facilité la conscience corporelle, pratiqué des tests de réalité et développé de nouvelles ressources comportementales.

J'ai rencontré Charlie quelque temps après ce séminaire et il m'a indiqué qu'il n'avait plus de figement ni de sueurs froides à la vue de chiens derrière une fenêtre ou même en en rencontrant dans la rue, bien qu'il restât très prudent avec le genre de chien qui l'avait attaqué. Je l'ai encore revu quelques années plus tard et il m'annonça fièrement que sa famille et lui avaient adopté un chien et l'avaient introduit dans leur maison. Ce fut le point d'orgue de sa victoire.

Les souvenirs implicites de Charlie, représentés par les réactions de figement (immobilité tonique), la sécheresse de la bouche, l'accélération des pulsations cardiaques et la sensation de la tête de Ruff sur sa cuisse étaient intégrés avec le souvenir explicite factuel («*J'ai été attaqué par un chien*»). Des processus explicites furent mis en œuvre pour que Charlie puisse identifier que la réalité du présent était différente de celle du passé («*Ruff ne ressemble pas du tout au chien qui m'a attaqué!*»). De nouveaux comportements (replier ses jambes d'un autre côté, se lever et partir) ont aussi été encodés à la fois dans la mémoire implicite (grâce au fait qu'il a posé ces actes) et dans la mémoire explicite (dans la description et le sens qu'il a pu donner aux anciens et aux nouveaux comportements).

Le corps se souvient des événements traumatisques par le biais de l'encodage, dans le cerveau, des sensations, des actes et des émotions qui ont été associés au trauma. Guérir le stress post-traumatique et le syndrome de stress post-traumatique implique qu'il faille porter attention à ce qui est arrivé dans le corps et aux interprétations qui en ont été faites par le cerveau. Le langage colmate la brèche entre le corps et le mental en réunissant les souvenirs implicites et les souvenirs explicites. La mémoire somatique peut devenir partie intégrante de l'histoire personnelle quand l'impact des événements traumatisques est suffisamment réduit pour que ceux-ci puissent enfin prendre la place qui leur revient dans le passé du patient.

The far side by Gary Larson



(Institut pour l'étude du stress émotionnel)
«Chouette, je me sens déjà mieux»

Bibliographie¹

- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). APA, Washington DC.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). APA, Washington DC.
- Andrews B. (1997). Forms of memory recovery among adults in therapy: Preliminary results from an in-depth survey. In J. D. Read & D. S. Lindsay (Eds); *Recollections of trauma: Scientific evidence and clinical practice*, 455-460. Plenum Press, New York.
- Azar B. (1998). Why can't this man feel whether or not he's standing up? *APA Monitor*, 29 (6), 18-20.
- Bandler R. & Grinder J. (1979). *Frogs into princes*. Real People Press, Moab, UT.
- Bauer M., Priebe S. & Graf K. J. (1994). Psychological and endocrine abnormalities in refugees from East Germany: part II. Serum levels of cortisol, prolactin, luteinizing hormone, follicle stimulating hormone and testosterone. *Psychiatry Research*, 51, 75-85.
- Begley S. (1999). Understanding perimenopause. *Newsweek, Special Issue*, Spring/Summer, 30-33.
- Bloch G. (1985). *Body and self: Elements of human biology, behavior and health*. William Kaufmann, Los Altos.
- Bodydynamic Institute Training Program, 1988-1992, Copenhague, Danemark.
- Bremner J. D., Randall P. K., Scott T. M., Bronen R. A., Seibyl J. P., Southwick S. M., Delaney R. C., McCarthy G., Charney D. S. & Innis R. B. (1997). Magnetic resonance imaging-based measurement of hippocampal volume in posttraumatic stress disorder related to childhood physical and sexual abuse: a preliminary report. *Biological Psychiatry*, 41 (1), 23-32.
- Bremner J. D., Southwick S., Brett E., Fontana A., Rosenheck R. & Charney D. S. (1992). Dislocation and posttraumatic stress disorder in Vietnam combat Veterans. *American Journal of Psychiatry*, 149, 328-332.
- Breslau N., Davis G. C., Andreski P. & Peterson E. (1991). Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Archives of General Psychiatry*, 48 (3), 216-222.

I. Les livres traduits ou les ouvrages en français sur le sujet ont été ajoutés à la bibliographie originale (NDLT)

- Brett E. A. (1996). The classification of posttraumatic stress disorder. In B. A. van der Kolk, A. C. McFarlane & L. Weisaeth (Eds), *Traumatic stress*, 117-128. Guilford, New York.
- Claparède É. (1911). Recognition and "me-ness". In D. Rapaport (Ed.), *Organization and pathology of thought*, 58-75, (1951). Columbia University Press, New York.
- Classen C., Koopman C. & Spiegel D. (1993). Trauma and dissociation. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 57 (2), 178-194.
- Clervoy P. (2007). *Le syndrome de Lazare: Traumatisme psychique et destinée*, Albin Michel, Paris
- Damasio A. R. (1994). *Descartes' error*. Putnam's Sons, New York. Trad. française (1995, 2006). *L'erreur de Descartes, la raison des émotions*. Odile Jacob, Paris
- Darwin C. (1872/1965). *The Expression of the Emotions in Man and Animals*. University of Chicago Press, Chicago. (Édition originale publiée en 1872).
- De Bellis M. D., Keshavan M. S., Clark D. B., Casey B. J., Giedd J. N., Boring A. M., Frustaci K. & Ryan N. D. (1999). Developmental traumatology, part II: Brain development. *Biological Psychiatry*, 45 (10), 1271-1284.
- Duggal S. & Sroufe L.A. (1998). Recovered memory of childhood sexual trauma: A documented case from a longitudinal study. *Journal of Traumatic Stress*, 11 (2), 301-321.
- Eich J. E. (1980). The cue-dependent nature of state-dependent retrieval. *Memory and Cognition*, 8 (2), 157-173.
- Elliott D. M. (1997). Traumatic events: Prevalence and delayed recall in the general population. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65 (8), 811-820.
- Ferenczi S. (1949). Confusion of tongues between the adult and the child. (Paper originally read at the 12th International Psychoanalytical Congress, Wiesbaden, September 1932). *International Journal of Psychoanalysis*, 30, 225-230.
- Gallup G. G. & Maser J. D. (1977). Tonic immobility: Evolutionary underpinnings of human catatonia and catatonia. In M. E. P. Seligman & J. D. Masser (Eds), *Psychopathology: Experimental models*, 334-357. W. H. Freema, San Francisco.
- Grafton S. (1990). "G" is for gumshoe. Ballantine Books, New York.
- Goulding M. M. & Goulding R. L. (1997). *Changing lives through redecision therapy*. Bruner/Mazel, New York. (Revised Edition, 1997, Grove Press, New York).
- Gunnar M. R. & Barr R. G. (1998). Stress, early brain development, and behavior: *Infants and Young Children*, 11 (1), 1-14.
- Heide F. J. & Borkovec T. D. (1984). Relaxation-induced anxiety: Mechanisms and theoretical implications. *Behavioral Research and Therapy*, 22 (1), 1-12.
- Heide F.J. & Borkovec T.D. (1983). Relaxation-induced anxiety: Paradoxical anxiety enhancement due to relaxation training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51 (2), 171-182.
- Herman J. L. (1992). *Trauma and recovery*. Basic Books, New York.
- Hovdestad W. E. & Kristiansen C. M. (1996). Mind meets body: On the nature of recovered memories of trauma. *Women and Therapy*, 19 (1), 31-45.
- International Society for Traumatic Stress Studies (1998). *Childhood trauma remembered: A report on the current scientific knowledge base and its applications*. International Society for Traumatic Stress Studies, Northbrook IL: Author.
- Jacobsen E. (1974). Progressive relaxation: A physiological and clinical investigation of muscular states and their significance in psychology and medical practice (3rd ed.). University of Chicago Press, Chicago.

- Jacobsen R & Edinger J. D. (1982). Side effects of relaxation treatment. *American Journal of Psychiatry*, 13 (7), 952-953.
- Janet P. (1887). L'anesthésie systématisée et la dissociation des phénomènes psychologiques. *Revue Philosophique*, 23 (1), 449-472.
- Jørgensen S. (1992). Bodydynamic analytic work with shock/post-traumatic stress. *Energy and Character*, 23 (2), 30-46.
- Kulka R. A., Schlenger W. E., Fairbank J. A., Hough R. L., Jordan B. K., Marmar C. R. & Weiss D. S. (1990). *Trauma and the Vietnam war generation: Report of findings from the National Vietnam Veterans Readjustment Study*. Brunner/Mazel, New York.
- Laborit H. (1980). *Inhibition de l'action*. Masson, Paris.
- LeDoux J. E. (1996). *The emotional brain*. Touchstone, New York
- Lehrer P. M. & Woolfolk R. L. (1993). Specific effects of stress management techniques. In P. M. Lehrer & R. L. Woolfolk (Eds), *Principles and practice of stress management*. Guilford, New York.
- Levine P. (1992). *The body as healer: Transforming trauma and anxiety*. Lyons, CO: Author.
- Levine P. (1997). *Waking the tiger*. Berkeley, North Atlantic Books, California. Trad. française (2004). *Réveiller le tigre, guérir le traumatisme*. Socrate Éditions Promarex, Charleroi
- Lindy J. D., Green B. L. & Grace M. (1992). Somatic reenactment in the treatment of posttraumatic stress disorder: *Psychotherapy and Psychosomatics*, 57, 180-186.
- Loewenstein R. J. (1993). Dissociation, development and the psychobiology of trauma. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 21 (4), 581-603.
- Malt U. F. & Weisaeth L. (1989). Disaster psychiatry and traumatic stress studies in Norway. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 355 (Suppl.), 7-12.
- Marmar C. R., Weiss D. S., Metzler T. J. & Delucchi K. (1996). Characteristics of emergency services personnel related to peritraumatic dissociations during critical incident exposure. *American Journal of Psychiatry*, 153 (Festschrift suppl.), 94-102.
- Metcalfe J. & Jacobs W. J. (1996). A 'hot-system/cool system' view of memory under stress. *PTSD Research Quarterly*, 7 (2), 1-6.
- Nadel L. (1994). Multiple memory systems. What and why, an update. In D. L. Schacter & E. Tulving (Eds), *Memory systems* (pp. 39-63). Cambridge, MIT Press.
- Nadel L. & Jacobs W. J. (1996). The role of the hippocampus in PTSD, panic, and phobia. In N. Kato (Ed.), *Hippocampus. Functions and clinical relevance* (pp. 455-463). Elsevier, Amsterdam.
- Nadel L. & Zola-Morgan S. (1984). Infantile amnesia. In M. Moscovitch (Ed.), *Infantile Memory* (pp. 145-172). Plenum Press, New York.
- Napier N. (1996). *Recreating your self: Increasing self-esteem through imaging and self-hypnosis*. Norton, New York.
- Nathanson D. L. (1992). *Shame and pride: Affect, sex and the birth of the self*. Norton, New York.
- Ornstein R. & Thompson R. F. (1986). *The amazing brain*. Houghton Mifflin, Boston.
- Pavlov I. P. (1960). *Conditioned reflexes*. Dover, New York. (Édition originale publiée en 1927).
- Penfield W. & Perot P. (1963). The brain's record of auditory and visual experience. *Brain*, 86, 595-696.
- Perls F. (1942). *Ego, hunger and aggression*. Knox Publishing, Durban, South Africa. Trad. Française (1978) *Le Moi, la faim et l'agressivité*. Éditeur Tchou, Paris.

- Perls F. (1969). *In and out of the garbage pail*. Real People Press, Moab, UT.
- Perry B. D., Pollard R. A., Blakley T. L., Baker W. L. & Vigilante D. (1995). Childhood trauma, the neurobiology of adaptation, and 'use-dependent' development of the brain: How 'states' become 'traits.' *Infant Mental Health Journal*, 16 (4), 271-291.
- Rauch S. L., Shin L. M., Whalen P. J. H. & Pitman R. K. (1998). Neuroimaging and the neuroanatomy of posttraumatic stress disorder. *CNS Spectrums*, 3 (7), (Suppl. 2), 31-41.
- Reus V. I., Weingartner H. & Post R. M. (1979). Clinical implications of state-dependent learning. *American Journal of Psychiatry*, 136 (7), 927-931.
- Rothschild B. (1993). A shock primer for the bodyspsychotherapist. *Energy and Character*, 24 (1), 33-38.
- Rothschild B. (1995a). Defense, resource and choice. Presentation at The 5th European Congress of Body-Psychotherapy, Carry-Le Rouet, France.
- Rothschild B. (1995b). Defining shock and trauma in body-psychotherapy. *Energy and Character*, 26 (2), 61-65.
- Rothschild B. (1996/97). An annotated trauma case history: Somatic trauma therapy, part I. *Somatics*, 11 (1), 48-53.
- Rothschild B. (1997). An annotated trauma case history: Somatic trauma therapy, part II. *Somatics*, 11 (2), 44-49.
- Rothschild B. (1999). Making trauma therapy safe. *Self and Society*, 27 (2), 17-23.
- Rothschild B. (2003). The Body Remembers Casebook. Unifying Methods and Models in the Treatment of Trauma and PTSD. WW Norton².
- Rothschild B. (2006). Help for the Helper :The Psychophysiology of Compassion Fatigue and Vicarious Trauma. WW Norton³.
- Sapolsky R. (1994). *Why zebras don't get ulcers*. W. H. Freeman, New York.
- Schacter D. (1996). *Searching for memory*. Basic Books, New York.
- Schore A. (1994). *Affect regulation and the origin of the self*. Lawrence Erlbaum Associates, Hillsdale, NJ.
- Schore A. (1996). The experience-dependent maturation of a regulatory system in the orbital prefrontal cortex and the origin of developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*, 8, 59-87.
- Schuff N., Marma C. R., Weiss D. S., Neylan T., Schoenfeld F. B., Fein G. & Weiner M. W. (1997). Reduced hippocampal volume and n-acetyl aspartate in posttraumatic stress disorder. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 821, 516-520.
- Scott M. J. & Stradling S. G. (1994). Post-traumatic stress disorder without the trauma. *British Journal of Clinical Psychology*, 33 (1), 71-74.
- Selye H. (1962/1984). The stress of life. McGraw-Hill, New York. Trad. française (1974/2006) Stress sans détresse, Éditions La Presse
- Shapiro F. (1995). Eye movement desensitization and reprocessing. Guilford, New York.
- Siegel D. J. (1996). Cognition, memory and dissociation. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 5 (2), 509-536.
- Siegel D. J. (1999). *The developing mind*. Guilford, New York.

2. Ajout par rapport à la bibliographie originale puisque publié ultérieurement. (NDLT)

3. Idem.

- Skinner B. F. (1961). Teaching machines. *Scientific American*, 205 (5), 90-107.
- Squire L. R. (1987). *Memory and brain*. Oxford University Press, New York.
- Stevens J. O. (1971). *Awareness: Exploring, experimenting, experiencing*. Real People Press, Moab, UT.
- Suarez S. D. & Gallup G. G. (1979). Tonic immobility as a response to rape in humans: A theoretical note. *Psychological Record*, 29, 315-320.
- Tavris C. (1998, June 21). A widening gulf splits lab and couch. *The New York Times, Women's Health Section*.
- Terr L. (1994). *Unchained memories*. Basic Books, New York.
- van der Hart O. & Friedman B. (1989). A reader's guide to Pierre Janet on dissociation: A neglected intellectual heritage. *Dissociation*, 2 (1), 3-16.
- van der Hart O. & Nijenhuis E. R. S. (1999). Bearing witness to uncorroborated trauma: The clinician's development of reflective belief. *Professional Psychology: Research and Practice*, 30 (1), 37-44.
- van der Hart O. & Steele K. (1997). Relieving or reliving childhood trauma? A commentary on Miltenburg and Singer: *Theory and Psychology*, 9 (4), 533-540.
- van der Kolk B. A. (1987). *Psychological trauma*. American Psychiatric Press, Inc., Washington DC.
- van der Kolk B. A. (1994). The body keeps the score. *Harvard Review of Psychiatry*, 1, 253-265.
- van der Kolk B. A. (1998, Nov.). *Neurobiology, attachment and trauma*. Presentation at the International Society for Traumatic Stress Studies' annual meeting (ISTSS), Washington DC.
- van der Kolk B. A., Brown P. & van der Hart O. (1989). Pierre Janet on post-traumatic stress. *Journal of Traumatic Stress*, 2 (4), 365-377.
- van der Kolk B. A., McFarlane A. C. & Weisaeth L. (1996). (Eds). *Traumatic stress*. Guilford, New York.
- Wahlberg L., van der Kolk B. A., Brett E. & Marmar C. R. (1996, Nov.). *PTSD: Anxiety disorder or dissociative disorder?* Symposium at the ISTSS annual meeting, San Francisco.
- Williams L. M. (1995). Recovered memories of abuse in women with documented child sexual victimization histories. *Journal of Traumatic Stress*, 8 (4), 649-673.
- Williams M. B. & Poijuma S. Le trouble de stress post-traumatique, un guide pratique d'intervention, Décarie Éditeur, Canada
- Wolpe J. (1969). *The practice of behavior therapy*. Pergamon Press, New York.
- Yehuda R., Southwick S. M., Nussbaum G., Wahby V., Giller E. L. Jr. & Mason J. W. (1990). Low urinary cortisol excretion in patients with posttraumatic stress disorder: *Journal of Nervous and Mental Disease*, 178, 366-369.
- Yehuda R., Kahana B., Binder-Brynes K., Southwick S., Zemelman S., Mason J. W. & Giller E. L. (1995). Low urinary cortisol excretion in Holocaust survivors with posttraumatic stress disorder: *American Journal of Psychiatry*, 152, 982-986.
- Yehuda R., Teicher M. H., Levengood R., Trestman R. & Siever L. J. (1996). Cortisol regulation in posttraumatic stress disorder and major depression: a chronobiological analysis. *Biological Psychiatry*, 40, 79-88.

Webographie

<http://www.lecorpsesouvient.be>

Le site francophone de la Thérapie Somatique des Traumatismes d'après Babette Rothschild.
Contact: marie.schils@lecorpsesouvient.be

<http://www.trauma-alfest.com/>

Association de langue française pour l'Étude du stress et du traumatisme

L'Association de langue française pour l'Étude du stress et du trauma (ALFEST) est une association à but non lucratif, régie par la loi de 1901. Créée en 1990, sur initiative du Médecin Général et professeur Louis Crocq, président fondateur, elle constitue la branche «de langue française» de l'International Society for Traumatic Stress Study (ISTSS).

<http://www.istss.org/>

The International Society for Traumatic Stress Studies

Association Internationale pour l'Étude du Stress Traumatique

<http://www.estss.org/>

The European Society for Traumatic Stress Studies

Association Européenne pour l'Étude du Stress Traumatique

Formations

<http://www.lecorpsesouvient.be>

Le site de la formation en Thérapie Somatique des Traumatismes d'après Babette Rothschild

<http://www.guerirletrauma.com/>

Site belge de l'approche «Somatic Experiencing» de Peter Levine

<http://www.graip.com/>

Site français organisant des formations en Somatic Experiencing de Peter Levine

Le corps se souvient

EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing)

<http://www.bipe.be>

Site belge

BIPE: Institut de psychotraumatologie et EMDR

<http://www.emdr-france.org/>

<http://www.emdrcanada.org/fr/>

<http://www.ceforit.com/>

Centre de formation en réduction d'incidents traumatiques (RIT)

Guide des praticiens et d'autres formations

<http://www.mieux-etre.org/>

Mieux-être.org vous informe en permanence des nouveautés en matière de psychothérapies, de développement personnel et de techniques complémentaires de santé. Vous trouverez sur ce site des professionnels sélectionnés pour leurs compétences et leur sérieux.

<http://www.psycho-ressources.com/>

Canada

Le bottin francophone des professionnels de la psychologie

<http://www.psy.be/>

psybe offre au public des services de thérapies variés

<http://www.humanitarian-psychology.org/>

Centre de psychologie humanitaire

Le Centre de psychologie humanitaire est une organisation internationale qui a pour vocation le soutien psychologique aux travailleurs humanitaires expatriés

<http://www.victimology.be/>

Institut belge de victimologie – IBV

<http://www.aideetreclassement.be/grav/>

Service d'aide aux victimes

Articles

<http://wwwpsycho-textes.com>

Site canadien

Psycho-Textes est une bibliothèque virtuelle de psychologie

Répertoire de textes rédigés par des professionnels de la psychologie

<http://www.psynergie.com>

PSYnergie

Annuaire et moteur de recherche en psychologie

http://www.enm.justice.fr/centre_de_ressources/dossiers_reflexions/oeuvre_justice2/oeuvre_justice_2.htm

École nationale de magistrature (France), différents documents sur les traumatismes

http://www.enm.justice.fr/centre_de_ressources/dossiers_reflexions/oeuvre_justice2/3_depas-sement_trauma.htm

Par Louis Crocq

Index

A

- Abréaction: 69-71, 86
Définition: 70
Distinction entre – et catharsis: 70
Intégrante ou dés-intégrante: 70
Abus physique
Rappel traumatique d'–: 43, 92
Accordage (*Attunement*)
Définition: 92
Acide lysergique diéthylamide (LSD)
Flash-back après usage de –, Christian: 112
ACTH
Voir Hormone adrénocortico-tropicque (ACTH)
Adrénaline (Épinéphrine)
comme neurotransmetteur: 15, 17, 18, 26
dans la mobilisation pour la lutte ou la fuite: 15, 17, 18
Effets de l'– sur le corps: 54, 161
Aérobic
Exercices et contre-indications: 53, 145
Affect(s)
Définition: 50
Différence entre – et sensation: 63
et attachement (lien), Tina: 92

- Problèmes de tolérance à l'– positif: 103
Régulation des – et de la douleur: 92
Théorie des – selon S.Tomkins: 66
Aire de Broca
Suppression de son activité durant le trauma: 30
Alcool
Influence de l'– sur la mémoire: 42
Voir aussi Proprioception
Alexithymie: 114
American Psychiatry Association, APA
Voir Association américaine de psychiatrie
Amnésie
infantile: 29
Voir aussi Dissociation
Amygdale
emplacement: 28
et mémoire: 28, 29, 38
Voir Mémoire: Traumatique, compréhension
Fonction de l'– : 19, 29
Fonctionnement de l'–
en cas de stress: 15, 17, 18, 37
normal: 29
suite à la perception de la menace: 15

- Maturité de l'–
Importance dans le traitement des événements stressants: 29
- Rôle de l'–
dans le processus de flash-back: 79
dans le stockage de la mémoire: 19
- Voir aussi Terreur
- Analyse transactionnelle (Goulding & Goulding): 96
- Anamnèse
Chercher des ressources dans l'–: 96
Établissement conscientieux de l'–: 160
Importance de l'–, Dorothée: 161
- Ancrage(s): 100, 139
- Établissement d'un –: Gisèle
1^{re} partie: 128
Lieu de sécurité comme –: 102
Si rien ne fonctionne: 102
- Utilisation
du corps comme –: 114, 115
pour amener une vision différente du trauma, Cynthia: 101
pour réduire l'hyperstimulation, Gisèle 2^e partie: 168
Cynthia: 100
- Voir aussi Thérapie des traumatismes
- Andreski P.: 12
- Andrew B.: 159
- Antécédents: Voir Anamnèse
- Anxiété: 68
de performance: Voir Développement de la conscience corporelle, Contre-indications
due à la prise de médicaments: 161
en cas de crise: Voir Conscience, Double niveau de –
- Apprivoisement des sensations: 113
- Association américaine de psychiatrie (APA): 11, 12, 13, 19, 86, 108
- Attachement
Bases de l'–: 92, 94
Importance de l'–, Tina: 92
- infantile et
développement du cerveau: 24
la gestion du stress: 30, 32
médiation du cerveau droit: 31
- Phases critiques de l'–: 92-94
- Attaque de panique: 20
- Axe hypothalamo-hypophysaire-surrénalien (Axe HHS)
- Dérèglement de l'– en cas de SSPT: 15
- Réaction de figement, lien possible avec l'–: 16
- Rôle de l'– dans la biologie de la terreur: 68
- Schéma de
réponse normale à la menace: 17, 54
réponse en cas de SSPT: 18
- Azar B. (sens kinesthésique): 49-50
- B**
- Baker W. L.: 3, 24
- Bandler R. (PNL): 100
- Barr R. G.: 29, 32
- Bauer M.: 15
- Begley S.: 161
- Blakley T. L.: 3, 20, 24
- Bloch G.: 55
- Bodynamic Institute Training Programme*, Danemark: 103, 144, 145
- Bohen R.: 147
- Borkovec T. D.: 143
- Bremmer J. D.: 20, 29
- Breslau N.: 12
- Brett E. A.: 19, 20
- Brown P.: 74
- C**
- Catharsis: 69, 70, 121
Distinction entre – et abréaction, définition: 70
- Cauchemars
Protocole pour stopper les flash-back: 142

- Cerveau
 à maturité et le traumatisme: 32
 Développement du –
 Facteurs affectant le –: 24
 et interaction avec le soignant: 24
 et le traumatisme: 32
 et relations affectives: 25
 Divisions du –: 27
 Schéma des –: 28
 émotionnel (Théorie de J. LeDoux): 66
 et la mémoire: 34, 79
 Expériences sur la stimulation du – (Penfield): 35
 Flash-back et le –: 79
 reptilien: voir Tronc cérébral
 Chagrin
 et guérison du SSPT: 70
 Libération du –: 69
 Charlie et le chien:
 1^{re} partie, Récit de l'incident traumatisique: 10
 2^e partie, Déclencheurs traumatisques: 53
 3^e partie, La conscience corporelle comme ancrage: 115
 4^e partie, Intégration: 178
 Illustrations des propos: 14, 15, 16, 19, 21, 30, 33, 40, 43, 53, 54, 58, 62, 78, 114, 115, 180
 SIBAM illustration: 78
 Claparède É.: 40, 41
 Classen C.: 20
 Classification
 internationale des maladies (CIM-10): 11. Voir aussi *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)*
 des victimes de traumas: 88-94
 Clivage
 de perception: voir Perception
 de conscience: voir Dissociation entre théorie et pratique: i
 Colère
- comme protection de soi: 68
 Côté positif et inconvénient de la –: 97
 Communication
 du système nerveux: 46
 Synapse: 26
 Comportement
 de défense: 19, 61
 en réponse au souvenir d'une menace: 19
 Façonnement/Modification de – grâce au conditionnement opérant: 41
 Voir aussi Skinner B.F.
 Conditionnement
 classique: 38-41, 51, 55
 et le SSPT: voir Déclencheurs traumatisques
 et agoraphobie: 40, Une jeune femme: 122
 Expérience de I. Pavlov: 38, 55
 opérant ou instrumental: 41
 Effet du – sur les réactions/réponses de lutte/fuite/figement: 61
 et incidents traumatisques: 42
 Inoculation par le stress: 42
 Voir Mémoire conditionnée et aussi Skinner B. F.
 Confiance
 Importance de la – en thérapie des traumatismes: 90, 91, 95
 Trahison de la –: 91
 Conscience
 Clivage de –: voir Dissociation corporelle: 107. (Voir aussi les ouvrages de Perls et Stevens)
 Annie: 111
 Apprentissage de la –: 110
 comme ancrage: Charlie et le chien, 115
 comme frein: 122, 126
 comme 1^{re} étape d'interprétation de la mémoire somatique: 108
 comme ressource: 103

- comme outil d'identification des émotions: 114
- Contre-indications au développement de la –: 113
- Définition de la –: 108, 179
- en cas de flash-back, Christian: 112
- Renforcement des ancrages et lieux de sécurité par la –: 115
- Double niveau de –: 137-142
- Application du –
- aux flash-back: 140-141
 - aux crises d'angoisse et de panique: 139-140
- Moi ressentant et Moi observant, conciliation: 139
- Développement du – en thérapie, exercice: 138-139
- État de – modifié: 57
- Niveau(x) de –
- hors de la conscience ordinaire: 74
- Contre-indication(s)
- au développement de la conscience corporelle: 113
 - aux exercices d'aérobic: 53
- Cortex cérébral: 27
- Aire somato-sensorielle: 46
 - Développement différent du – droit et du – gauche: 31
 - Flexibilité du –: 24
 - Rôle du – dans le langage, la pensée, la mémoire: 30
- Voir aussi Hippocampe et cortex gauche
- Corticotropin-Releasing Hormon (CRH)*
- Réaction à la menace: 15
- Cortisol (Hydrocortisone)
- Insuffisance de – en cas de SSPT: 15, 54, 68
 - Voir Schéma Axe HHS: 18
- Libération de – lors de la menace: 15
- Sécrétion de –
- lors du trauma, Effet sur la mé- moire: 29
 - prolongée: 29
- CRH: voir Corticotropin-Releasing Hormon*
- Croyance réfléchie: voir Mémoire
- Culpabilité
- de s'être figé en réponse au trauma: 16
- Distinction entre – et Honte: note 5: 69; 167
- Sentiment de – de la victime de viol: 57, 166
- D**
- Damasio A. R.: 5, 51, 66, 90, 114
- l'Erreur de Descartes: 3, 5
- Théorie des marqueurs somatiques de –: 51, 66, 114
- Danger
- inhérent à la thérapie des traumatismes: 85, 86
- Sensation constante de – en cas de SSPT: 113, 138
- Darwin C.
- Étude interculturelle de l'expression des émotions: 65-66
- Davis G. C.: 12
- De Bellis M. D.: 32
- Déception de soi: voir Honte
- Déclencheurs
- dans les exercices d'aérobic: 145
 - de flash-back: 53
 - de souvenirs dépendants d'un état interne, Carla: 63
 - du traumatisme: 94-95
- Décompensation: 88, 114, 159
- Enlever les –, Robert: 95
- externes: 43. Voir aussi Déclencheurs
- traumatiques, conditionnés de façon classique
 - d'hyperstimulation: 55, 123
- internes: 43-44
- Signaux sensoriels, Marianne: 80
- traumatiques: 39, 94-95, 168, 178

- conditionnés de façon classique: 39-40
 Identification des – (Protocole): 123, Suzanne: 123-124
 Utilisation des – en thérapie: 168, 178
Décompensation
 Risque de –: 85, 86, 88, 113, 114, 159
Défense
 Comportements de –, apprentissage: 61-63
 Mécanismes de –
 côté positif: 97
 solution aux –: 98
Dépersonnalisation, Robert: 95
Dérivatifs (Oasis): 100
Désaccordage (Missattunement): 92-94
 en thérapie, François: 93-94
Déstabilisation: voir **Traumatisme de Tours M.**: 74
Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM): voir **Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux**. Voir aussi **Classification internationale des maladies (CIM-10)**
Discrimination entre passé et présent, Doris: 162-163
Dissociation
 à éviter en séance, moyens: 117, 130, 132-133, 172, 173
Amnésie: 73
Clivage de
 conscience, mécanisme: 19, 20
 perception: voir **Perception**
 comme mécanisme de survie et conséquences: 32
 comme trouble de stress aigu: 19
Côtés positifs et inconvénients: 97
 de la peur; Gisèle 2^e partie : 169
 et le corps: 74-78
Modèle de – SIBAM (Levine R.): 76
 Illustration du – avec Charlie: 78
 péri traumatique et SSPT: 20
Symptômes de –: 20
traumatique: voir **Chapitre 4**
Trouble de l'identité dissociative/de la personnalité multiple: 20
 Voir aussi **Figement**
Distance thérapeutique
 Voir **Frontières physiques et aussi Histoires de cas**
Double niveau de conscience
 Voir **Conscience**
Drogue
 Influence de la – sur la mémoire: 43
 Voir **Acide lysergique diéthylamide (LSD)** et aussi **Proprioception**
Duggal S.: 159
- E**
- Échelle de mesure subjective des troubles, de la stimulation à l'hyperstimulation (SUDS, *Subjective Units of Disturbance Scale*) (Wolpe J.): 115-116
Edinger J. D.: 143
Eich J. E.: 43
Elliott D. M.: 12
Émotion(s)
 Bases somatiques de l– (exercice): 67
 et jugement cognitif: 66
 et le corps: 63-65
 et traumatisme: 68-70
 Expression des – : intégrante ou «dés-intégrante»: 70
Incapacité à reconnaître et nommer les –: voir **Alexithymie**
Outil d'identification des –: 114
Encodage
 de l'information: 46, 180
 de l'interaction thérapeute-patient: 90
Enfant
 Voir **Soignant**
Enregistrement d'un mouvement dans la mémoire implicite
 Voir **Mémoire implicite**

- Environnement
Insécurité de l'– ou – traumatisant: 94
Épinéphrine
Voir Adrénaline
Études d'efficacité
Voir Thérapie, Modèles
Évaluation
du type de trauma et de patient
traumatisé: 88-89
par les sensations corporelles:
113-122
Échelle d'–: 118
Évanouissement
Forme d'immobilité tonique?: 58
Événements traumatisants selon le DSM
IV: 13
- F**
Faux souvenirs: 4, 159
Ferenczi S.: 86
Figement: voir *Freeze reflex*, note 6: 16
comme mécanisme de survie et
conséquences: 16, 32
Forme de dissociation?: 19, 20
Le système limbique et les réactions
de lutte/fuite/ –: 28
Réaction/Réponse de –: 16, 54, 61
Symptômes: 16, 19-20
Voir Immobilité tonique (hypo- ou
hyper-), comme mécanisme de
survie
Voir aussi Dissociation; Réactions/Ré-
ponses de lutte/fuite/ –; Trauma
Flash-back: 78-141
Application du double niveau de
conscience: 140-141
Cas de Christian, Hélène; Marianne: 80;
Marie: 80; Roger: 80
comme mécanisme: 19
comportementaux: 79
dans la symptomatologie du SSPT: 13
Déclencheurs de –: 53
en séance de thérapie: 85
- et le cerveau: 79-80
La dissociation et les réminiscences
ou –: 73-74
Peur du thérapeute durant un –: 140
Protocole pour stopper les flash-
back: 141
Voir aussi Une patiente (vécu
d'otage) et son thérapeute:
141-142
Rôle de l'amygdale dans les –: 79-80
sensoriels: 78
Terreur vécue dans les –: 68
traumatique: 78
Fonction protectrice de la peur: 68
Voir aussi Survie
Frein(er)
Buts: 119-120
et accélérer: 87-88, 106 (3^e principe
de base)
Évaluer et –, Quentin: 119
Nécessité de – en thérapie: 87,
118-119
Outil pour –: l'ancre: 100, 117
Utilisation du corps/de la conscience
corporelle comme –: 122 et
Chapitre 7
Friedman B.: 74
Frontières
au niveau de la peau: 150-153
Lina: 150
Hélène: 151
Travailler avec le corps ne néces-
site pas le toucher: 3
physiques: 147-154
Bernadette: 155
Distance thérapeutique, un patient
et son thérapeute: 148
Exercices d'exploration des –:
149-150
interpersonnelles: 147
Exercice 1 et le cas de Tony:
149
Exercice 2: 150
visuelles: 153

Fuite

Voir Réactions/Réponses de lutte/ – / figement

G

Gallup G. G.: 16, 54, 57, 58

Gestion du stress

Voir Attachement infantile

Glande pituitaire (Hypophyse)

Sécrétion d'ACTH: 15

Glandes surrénales: 26

Activation en réponse à la menace:
15

Fonctionnement en cas de SSPT: 15

Goulding M. M.: 96

Goulding R. L.: 96

Grace M.: 79

Graf K.J.: 15

Green R. L.: 79

Grinder J. (PNL): 100

Guérison du traumatisme

Voir Traumatisme

Gunnar M. R.: 29, 32

H

Heide F. J.: 143

Herman J. L.: 91, 94

Hippocampe

Activité réduite de l': 32

Emplacement de l': 19, 28, 30

et cortex gauche: 30, 31

et mémorisation des événements

traumatisants: 28

et mémoire: voir Mémoire traumati-

que, Compréhension de la –

et souvenirs traumatiques: 29

et traumatismes: 29. Voir aussi

Cortisol

Fonction et rôle dans la mémoire:

19, 29

Importance de la taille de l': 29

Maturité de l'

et souvenirs: 29. Voir aussi

Amnésie infantile

importance dans le traitement des
événements stressants: 29

Suppression de l'activité de l'

en cas de stress: 37

pendant le trauma: 19, 79-80

Histoires de cas

Affect et attachement (lien), Tina: 92

Anamnèse, importance de l':

Dorothée: 161

Avantages des explications théori-
ques aux patients

Frédéric: 104

Simon: 104

Conscience corporelle, utilisation de
la –

Annie: 111

comme ancrage: Charlie et le
chien 3^e partie: 115

Le corps comme frein, une jeune
femme: 122

Dangers

de la mauvaise direction en
thérapie

Dorothée: 161

Fabrice: 159

du toucher thérapeute-patient,
Carl: 154

Désaccordage (*Misattunement*),
François: 92

Discrimination entre passé et pré-
sent, Doris: 162

Distance thérapeutique, un patient et
son thérapeute: 148

Établissement d'un pont entre l'impli-
cite et l'explicite, Gisèle 2^e partie:
168

Flash-back

Marianne: 80

Marie: 80

Roger: 80

et conscience corporelle,
Christian: 112

Freins, utilisation des – en séance, Gisèle 1^e partie: 130, 132; 2^e partie: 169
Frontières
au niveau de la peau, Lina: 150
interpersonnelles, distance thérapeutique, Tony: 149
physiques, exercice au niveau de la peau, Hélène: 151
Hyperstimulation du SNV
Évaluation et apaisement de l’–, Quentin: 119; Cynthia (ancrage): 100; Gisèle 2^e partie: 168
Illustration des mouvements intentionnels, Charlie et le chien 4^e partie: 179
Importance des signaux du SNV en thérapie, Gilberte: 117
Intégration, Gisèle 2^e partie: 172; Charlie et le chien 4^e partie: 179
Mémoire
kinesthésique, Carla: 63
Pont entre implicite et explicite: 167
Gisèle 2^e partie: 168-178; Charlie et le chien 4^e partie: 179-180
somatique
Danielle: 124
comme ressource, Thomas: 125
Protocole
pour identifier les déclencheurs traumatiques, Suzanne: 123
pour stopper les flash-back, une patiente (vécu d’otage) et son thérapeute: 141
Récit de l’incident traumatique, Charlie et le chien 1^e partie: 10
Relation thérapeutique, François: 93
Ressource(s)
comportementales, Daniel: 96-97
Identification des –: André: 99
La tension musculaire comme –, Thérèse: 147

Un chien comme –: Alexandra: 98
Une amie comme –, Cynthia: 100
Sécurité, enlever les déclencheurs, Robert: 95
Souvenirs
dépendants d’un état interne Charlie et le chien 2^e partie: 53
Une femme dans la trentaine: 62
Rappels de –, Carinne: 76
Tension musculaire comme ressource Jeannine: 145
Thérèse: 147
Tests de réalité
Gisèle 1^e partie : 131
Gisèle 2^e partie : 169, 170
en cas de désaccordage dû au transfert : 94
Établir un pont entre l’implicite et l’explicite par un –: 167, 168-178
et attention aux impulsions somatiques, Charlie et le chien 4^e partie: 179
Utilisation des freins en thérapie Gisèle 1^e partie : 130,
2^e partie: 169, 172
Toucher et relation thérapeutique, Bernadette: 155
Travailler d’abord les séquelles du trauma, Rolande: 164
Holocauste
Différence entre les rescapés de l’– (résilience): 87-88
Rescapés de l’–: 32, 88-89
Rescapés de l’– et le SSPT: 32, 54
Homéostasie (Équilibre)
Restauration de l’–: 15, 96
Honte/Déception de soi: 69
Côté positif de la –: 69
d’avoir eu la réaction de figement: 16
de ne pouvoir maîtriser un comportement: 111
de ses mécanismes de défense: 98

- Distinction entre – et Culpabilité:
note 5: 69; 167
- Émotion fondamentale : voir
Somesthésie
- et fierté: voir Nathanson D. L.
- Sentiment de –
de la victime de viol/abus sexuel:
57, 69, 165, 167
sous le regard du thérapeute:
153
- Valeur de survie et socialisation de
la –: 69
- Hormone adrénocortico-tropique
(ACTH)
Libération d'ACTH sous stress: 15
- Hovedstad W. E.: 38
- Hydrocortisone
Voir Cortisol
- Hyperstimulation
Apaisement de l'– par un ancrage,
Cynthia: 100
dans le SSPT, induite par la relaxation:
143
due aux flash-back: 78
et les réflexes de lutte/fuite/figement:
54
- Évaluation
de l'–: 115, 119-122
Échelle d'–: 118
et régulation de l'–: 116-117
- Évaluer l'– et freiner en séance,
Quentin: 119
- traumatique du SNV: voir
Stimulation
- Hypophyse
Voir Glande pituitaire
- Hypothalamus
Fonctions de l'–: 28
Rôle de l'– en cas de menace trau-
matique: 15, 54
- I**
Idées préconçues
dans la recherche des causes des
- symptômes somatiques: 161
- Immobilité
tonique (Figement): 16, 53, 57
Charlie et le chien 4^e partie:
178-180
Évanouissement, forme d'–?: 58
- hypotonique, note 7: 16
- hypertonique, note 8: 16
- Réaction du SNP: 54
- Voir aussi Réponse conditionnée
- Information
Encodage de l'–: 46
et langage: 30
sensorielle, traitement: 26
- Voir aussi Thalamus, Rôle
- Transmission de l'– du cerveau au
corps: 46
- Voir aussi Mémoire, encodage de l'–
- Intégration
Charlie et le chien 4^e partie: 178-180
de la mémoire explicite et de la
mémoire implicite: 167, 180
de l'expression émotionnelle: 70
- Gisèle 2^e partie: 168-178
- International Society for Traumatic Stress
Studies*
Voir Société internationale des études
sur le stress traumatique
- Intervention médicale
Confusion avec abus physique ou
sexuel: 162
- J**
Jacobs W. J.: 19, 79
Jacobsen R.: 143
Janet P.: 74
Jørgensen S.: 102
Jugement cognitif
Voir Émotions et –
- K**
Koopman C.: 20
Kristiansen C. M.: 38
Kulka R.A.: 12

L

Langage

- Lien entre émotionnel et corporel à travers le –: 64-65
- Localisation dans le cerveau: 30
- Nécessité du – pour combler le fossé entre corps et esprit: 180
- Passerelle par le –: 180
- Rôle du – dans les expériences sensorielles: 31
- Sentir, significations: 64
- Significations de certains mots: 64-65
- Suppression du – en cas de trauma: 30

LeDoux J. E.

- Relation entre corps et émotions: 66

Lehrer P. M.: 143

Levengood R.: 15

Levine P.: 57, 90, 179

- Modèle de dissociation SIBAM: 76

Lien

- affectif: voir Attachement infantile entre mémoire implicite et mémoire explicite: 180

- entre tous les aspects d'un trauma en vue de la guérison: 167

- de guérison: voir Relation d'amour; à maturité

Voir aussi Ponts, Intégration, Mémoire

Lieu de sécurité

- comme ancrage: 102

- Renforcement du – par la conscience corporelle: 115

Lindy J. D.: 79

Loewenstein R. J.: 74

Lutte

- Voir Réactions/Réponses de – /fuite/figement

M

Malt U. F.: 33, 88

Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux

3^e édition (*DSM III*) édité par l'APA:

12, 19, 86

4^e édition (*DSM IV*) édité par l'APA:

11, 19

Marmar C. R.: 20

Marqueurs somatiques: 66, 114

Nouveaux – grâce à la relation thérapeutique: 90

Théorie d'A. R. Damasio: 51, 66

Maser J. D.: 16, 54, 57

McFarlane A. C.: 30, 138

Mécanisme(s)

de défense: 97

Aspect positif (solution) des –: 98

de survie: voir Dissociation et aussi

Figement

Mémoire

à court/long terme: 35

cognitive: 4, 26

conditionnée: 38

Croyance réfléchie: 159

Déformation de la –: 27

de récupération: 34

Développement de la – et le cerveau: 23, 24, 34

d'une expérience infantile: 29

Effet de la sécrétion de cortisol sur la –: 29

Encodage de l'information: 34

en l'absence de souvenir: 40

et alcool/drogue: 42-43

et le SSPT: 43

Influencabilité, vulnérabilité de la –: 158

kinesthésique

Carla: 63

Voir aussi Système nerveux somatique

Notions de base: 34

Oubli, amnésie: 35, 76

Oubli vs dissociation traumatique: 76

Rappel de souvenirs

dépendant d'un état interne: 42-43, 52, 80-81

Carinne: 76

- traumatiques: 62
Voir aussi Oubli
- Rassemblement des souvenirs impliqués et explicites d'un événement: 157, 180
- Rôle de l'hippocampe et de l'amygdale dans le stockage de la –: 19
- sensorielle et événement traumatique: 52
- Souvenirs implicites non reliés à des souvenirs explicites: 37
- Stockage: 24, 29, 30, 34, 36
- Voir aussi* Conditionnement classique
- Mémoire explicite (ou déclarative): 36, 37
- Bases de la –: 36
- Établissement d'un pont entre l'implicite et l'explicite: 167, 169, 179-180
- Intégration de la mémoire implicite dans la –: 157
- Récupération/Stockage des souvenirs explicites: 36
- Mémoire implicite (ou procédurale ou non déclarative): 36-38, 41
- Absence de lien avec la mémoire explicite: 37, 39
- Bases de la –: 36, 40
- dans les flash-back: 79
- Enregistrement du mouvement dans la –: 59-60
- Établissement d'un pont entre implicite et explicite: 167, 169, 179-180
- et conditionnement: 38, 39
- et conséquences du conditionnement classique: 39
- et mémoire somatique: 52
- Expériences dans la relation thérapeutique encodées dans la –: 90
- Intégration dans la mémoire explicite: 157, 180
- kinesthésique: 49
- Rôle des sens dans la –: 52
- Stockage des événements traumatiques dans la –: 37
- Tableau des différences entre – et mémoire explicite: 38
- Voir aussi* Déclencheurs traumatiques; Conditionnement opérant
- Mémoire somatique: 26
- comme ressource, Thomas: 125
- Compréhension de la –: voir Chapitre 3
- Donner un sens aux sensations: 122-124
- et les sens: 52
- Fiabilité de la –: 4
- Intégration de la – dans l'histoire personnelle: Chapitre 8
- La conscience corporelle comme 1^{re} étape d'interprétation de la –: 108
- Danielle: 124
- Mémoire traumatique: 42
- Compréhension de la –: 28
- Menace traumatique
- Voir* Conditionnement opérant, Inoculation par le stress
- Modèle de dissociation
- Voir* Dissociation
- Moi ressentant et Moi observant
- Conciliation du – par le double niveau de conscience: 139
- en cas de SSPT: 138
- Reconnaissance du clivage entre –: 139
- Mouvements intentionnels
- Évaluation des – en séance: 90
- Exemple de – dans Charlie et le chien 4^e partie: 179
- Utilisation des – pour rappel de souvenirs: 62
- Muscles
- Contraction des – viscéraux: 58
- squelettiques: 59
- Tension des –: 145
- Aspect positif de la –: 143-147
- comme ressource, Thérèse: 147
- périphériques: 146-147

Tension vs relaxation: 58-59, 145

comme ressource: 143

Jeannine: 145

Tonicité des -: 143-146

Exercices de -: 145-147

N

Nadel L.: 19, 29, 35, 79

Napier N.: 102

Nathanson D. L.: 63, 66, 160, 161

Nerfs proprioceptifs: 43

sympathiques: sécrétion d'adrénaline:
 26

Nijenhuis E. R. S.: 159

Noradrénaline

comme neurotransmetteur: 26

dans la mobilisation pour la lutte ou
 la fuite: 15

Effets de la – sur le corps: 54

O

Oasis: 100

comme pause au milieu des traumas-
 tismes: voir Dérivatifs

Oubli

Explication: 27

Voir Mémoire

Outils de freinage

Voir Frein(er) et aussi Frein(er) et
 accélérer

P

Parent nourricier

Voir Soignant

Passerelle

entre neuroscientifiques et cher-
 cheurs comportementalistes dans
 le domaine du traumatisme: 2
 entre thérapies verbales et thérapies
 psychocorporelles: 3

Patients

de Type I: 88-89

de Type II: 88-89, 91, 93

Risque de conflit avec des patients

de Type IIB: 92-93

Pavlov I. P.: 38, 39, 55

Peau

Observation du teint: 116

Penfield W. (Expériences sur la stimula-
 tion du cerveau): 35

Perception

Clivage de -: 137-138

en cas de SSPT: 137-140

Le Moi ressentant et le Moi
 observant: 138

Exercice de conciliation des
 deux Moi: 139

constante de danger: 138

du thérapeute comme étant l'abu-
 seur: 154

Perls F.: 108

Perot P. (Expériences sur la stimulation
 du cerveau avec Penfield W.): 35

Perry B. D.: 3, 24, 30, 32, 58

Origine de la prédisposition aux
 troubles psychologiques: 32

Peterson E.: 12

Peur

Être dissocié de sa –, Gisèle 2^e partie:
 169

Fonction protectrice de la –: 68
 du thérapeute durant un flash-back:
 140

Perception constante de la – en cas
 de SSPT: 138

Pitman R. K.: 29

PNL

Voir Programmation neuro-linguisti-
 que

Pollard R.A.: 3, 24

Pont

entre mémoire implicite et mémoire
 explicite: 167

entre vie quotidienne et thérapie,
 Gisèle 2^e partie: 178

entre corps et mental par le langage:
 180

Voir aussi Passerelle

- Post R. M.: 43
Présent
 Discrimination entre – et passé.
 Doris: 162
Priebe S.: 15
Programmation neuro-linguistique (PNL)
 Concept des ancrages: 100
Proprioception:
 Alcool et –: 43
 dépendante d'un état interne: 43
 Charlie et le chien 2^e partie: 53
 Une femme dans la trentaine: 62
Système proprioceptif: voir
 Somesthésie; Sens kinesthésique;
 Sens vestibulaire
Protocole pour
 identifier les déclencheurs traumatisques: 123; Suzanne: 123-124
 stopper les flash-back: 141
 Voir Histoires de cas: une patiente (vécu d'otage) et son thérapeute et aussi Double niveau de conscience
Pseudo éphédrine
 Réactions à la –: 161
Psychothérapie
 et les déficits de la relation infantile
 Voir Relation d'amour; à maturité et traumatismes: voir Chapitre 5
- R**
- Rage: 68
Rappel de souvenirs
 dépendant d'un état interne: 52
 Charlie et le chien 2^e partie: 53
 Une femme dans la trentaine: 62
 spontané: 43
 Voir aussi Mémoire traumatique;
 Nerfs proprioceptifs posturaux; et mémoire; Alcool; Drogue;
 Proprioception
Rauch S. L.: 29
Ré-accordage (Reattunement)
- Définition du –: 92-93
Réaction d'alarme
 Prolongation de la –: voir Cortisol, Insuffisance de – en cas de SSPT
Réactions/Réponses de lutte/fuite/figement: 28, 54, 61, 63
 Conditionnement opérant suite à des – fructueuses: 61
Récepteurs sensoriels
 Exemples de –, note 2: 50
Récupération
 Voir Mémoire de –
Régulation
 de l'affect: 31
 des stimuli: 30
 du stress: 32
 Voir aussi Soignant
Relation d'amour
 à maturité, comme lien de guérison: 33
Relation thérapeutique
 Désaccordage, François: 93-94
 Le toucher et la –, Bernadette: 155
 Nécessité de la confiance dans la –: 95
 pour les patients de Type IIB: 89
 Résilience développée par la –: 89
 Rôle de la – dans la thérapie des traumatismes: 93-94
 Sécurité dans la –: 95
Relations interpersonnelles
 Impact du trauma sur les – du patient: 89, François: 93
 issues du tissu social du patient et utilisées comme ressources: 98, 154
Relaxation
 De la – à l'hyperstimulation, échelle d'évaluation: 118
 induite, réaction traumatique provoquée par la –: 143
Réminiscence(s): 13, 19, 53, 54, 68, 73-74, 78-81
 Voir Flash-back
Repli sur soi
 Avantages et inconvénients du –: 97

- Réponse conditionnée (RC)
L'immobilité tonique comme –: 61
Voir Conditionnement classique et aussi Pavlov I. P.
- Rescapés
Voir Holocauste
- Résilience: 88, 91
Voir aussi Relation thérapeutique
- Responsabilité
Attribution correcte de la – en cas de viol, Rolande: 166
- Clarification de la – en thérapie, Gisèle 1^{re} partie: 131
- Ressource(s)
Catégories: 96-99
- comportementales, Daniel: 99
- Développement et réappropriation des –: 96-99
- Exercer la tension musculaire
Jeannine: 145
Thérèse: 147
- Fonctionnelles: 96
- Identification des –, André: 99
- La mémoire somatique comme –, Thomas: 125-126
- physiques: 96-97
- psychologiques: 97, 125
- relationnelles: 98
Alexandra: 98
Cynthia: 100
- spirituelles: 99
- Utilisation du corps comme –: voir Chapitre 6
- ReusV. I.: 43
- Rothschild B.: 14, 87, 97, 122, et note 4: 164
- S**
- Sapolsky R.: 26
- Schacter D.: 34, 35
- Schore A.: 3, 25, 31, 32, 88, 90
Accordage, Désaccordage, Ré-accordage: 92-94
- Schuff N.: 29
- Scott M. J.: 89
- Sécurité
dans la relation thérapeutique : 95
dans la vie quotidienne du patient: 94-95
- Principes de base de la thérapie somatique des traumatismes: 106
- Supprimer les déclencheurs traumatisques, Robert: 95
- Selye H. (Définition du stress): 14
- Sensation(s)
Apprivoisement des –: 113
- Distinction entre affect et –: 64
– dangereuse et – de bien-être: 113
- Transmission des – accompagnant les émotions: 63
- Sensibilité du corps
Voir Somesthésie
- Sens
kinesthésique: 49-50, 59
Contrôle de la précision des mouvements: 59
- Mémoire du mouvement: 58-63, 171
- vestibulaire: 49, 51
- Sensoriel(s)
Récepteurs –, note 2: 50
Voir Cortex cérébral; Thalamus et aussi Mémoire somatique
- Se pardonner
Voir Honte/Déception de soi
- Se tromper de route: 158-162
- Shin L. M.: 29
- SIBAM
Voir Dissociation, Modèle
- Siegel D. J.: 3, 25, 32
- Siever L. J.: 15
- Skinner B. F.: 41
- SN
Voir Système nerveux
- SNP
Voir Système nerveux parasympathique

- SNS
Voir Système nerveux sympathique
- SnSom
Voir Système nerveux somatique
- SNV
Voir Système nerveux végétatif
- Socialisation
 Apprentissage de la – dans l'enfance: 31
- Société internationale des études sur le stress traumatique (*International Society for Traumatic Stress Studies*): 4, 20
- Soignant (ou parent nourricier)
 Apprentissage avec le – de la régulation
 de la stimulation: 30
 de la socialisation: 31
 du stress: 32
 et la qualité du lien affectif: 33, 92
Voir aussi Attachement
- Interactions entre le – et l'enfant: 92
- Lacunes du –, conséquences sur le développement du cerveau: 25
- Rôle du –: 25
- Somatisation dans le SSPT: 13
- Somesthésie: 49-51, 58, 63
- Sommeil
 Troubles du –: 13
- Souvenirs
 dépendants d'un état interne: *voir Rappel de –*
 Incapacité de créer de nouveaux –: 40. *Voir Claparède É.*
- Restitution des – traumatiques: 62
- Spiegel D.: 20
- SPT
Voir Stress post-traumatique
- Squire L. R. (Critique des expériences de Perrot et Penfield): 35
- Sroufe L. A.: 159
- SSPT
Voir Syndrome de stress post-traumatique
- Steele K.: 86
- Stevens J. O.: 108
- Stimulation
 du système nerveux parasympathique: 54, 70
Voir aussi Système nerveux végétatif et Système nerveux sympathique, Hyperstimulation
- Stimulus conditionné/conditionnel (SC) extéroceptif, Charlie et le chien
 2^e partie: 54
Voir Claparède É.; Conditionnement classique
- Stimuli internes
 Focalisation sur les – en cas de SSPT: 138
- Stockage
Voir Mémoire
- Stradling S. G.: 89
- Stratégies
 d'adaptation/survie: 42
 à développer en thérapie: 86, 89
 dans les traumas répétés: *voir Disso-ciation*
- Stress
 Définition du – de H. Selye: 14
 Inoculation par le –: 42. *Voir Conditionnement*
 Médicaments qui imitent la réaction corporelle en cas de –: 161
- Stress post-traumatique (SPT)
 Définition: 14
 et la mémorisation des événements traumatisants: 23
 et réalité actuelle du danger: 23
 Guérison du –: 180
 Symptômes de –: 68
Voir Holocauste; Mémoire somatique; Charlie et le chien; Cerveau à maturité et le traumatisme et aussi Mémoire conditionnée
- Stress traumatique (ST)
 Définition: 14
 Évolution du –, facteurs influençant: 12

- Suarez S. D.: 58
- Survie
- et le système nerveux: 14
 - Fonction protectrice de la peur: 68
 - Mécanismes de –: 16
 - Réaction de – saine: 19
 - des affects (côté positif de la honte): 69
- Voir Système limbique, comme centre de –
- Symptomatologie du SSPT: 12-13
- Symptômes
- psychologiques: 73, 90
 - somatiques: 2, 5, 9, 13, 52, 74, 90, 161, 162
- Synapse(s): 26
- Modèle synaptique développé par l'autodéfense: 61
 - Rôle des – dans la communication: 46
 - Schéma d'une –: 27
- Syndrome de stress post-traumatique (SSPT)
- Autres appellations du –: note 1: complexe (Herman J. L.): 91
 - Définition du –: 12, 14
 - Diagnostic de –: 13
 - et distorsion des souvenirs: 29
 - et espoir/signe de guérison: 24, 70
 - et la mémorisation des événements traumatisants: 23
 - et la réalité actuelle du danger: 23
 - et l'importance
 - de la taille de l'hippocampe: 29
 - des soignants: 25 - et mémoire: 43
 - Guérison du –: 180
 - Historique du –: 12
 - Métaphore explicative du –: 87-88
 - Origine du –: 32
 - Réaction traumatique provoquée par la relaxation induite en cas de –: 143
 - Stimuli internes
 - focalisation sur les – en cas de –: 138

- Symptômes associés et diagnostic: 13
- Symptômes
- physiques: 13
 - émotionnels: 68
- Vulnérabilité au stress en cas de –: 58
- Voir aussi: Conditionnement classique; Holocauste; Mémoire conditionnée et le SSPT; Mémoire somatique; Mémoire Stockage; Soignant et qualité du lien affectif et aussi Déclencheurs internes
- Syndrome de stress sous contrainte prolongée (SSCP): 89
- Système entérique, note 4: 55
- Système limbique
- Activation simultanée du SNS et du SNP: 16
 - à maturité: 31
 - comme centre de survie: 54
 - Localisation et fonction(s): 14, 28
 - Relations du – avec le SNV: 14
 - Rôle
 - de l'hippocampe et de l'amygdale dans le stockage de la mémoire: 19
 - du – dans le SSPT: 15, 54, 57
- Système nerveux (SN) central
- Organisation du – (schéma): 47
 - Effets de la pensée rationnelle sur le –, Charlie et le chien: 10
 - parasympathique (SNP)
 - Activation du –: 14, 54-57, 118-119
 - Équilibre interactif du – et du SNS: 56-57
 - Revenir à l'activation de base du –: 135
 - Stimulation du – en thérapie: 70
- sensoriel
- extéroceptif: 48
 - Signaux sensoriels: 81, 171
 - Charlie et le chien 2^e partie: 54
 - implication du – dans le trauma: 46

- intéroceptif: 48, 49, 81
 Sens kinesthésique: 171, 179
 Signaux du – et la conscience corporelle: 108
 Somesthésie: 50, 51
Voir Chapitre 3
 somatique (SnSom): 58-63
 et la restitution des souvenirs traumatisques: 62, 81
 et les muscles, le mouvement et la mémoire kinesthésique: 58-63
 Implication du – dans le trauma: 46, 61
 Rôle du – dans les réflexes de lutte/fuite/figement: 63
 sympathique (SNS)
 Activation du –: 14, 15, 17, 18, 54, 56-58, 118-119
 Adrénaline: *voir* Adrénaline
 Équilibre interactif du – et du SNP: 56-57
 Nerfs sympathiques: 26
 Noradrénaline: *voir* Noradrénaline
 végétatif (SNV): 47
 Contrôle du Système digestif: *voir* Système entérique
 Contrôle du SNV pour déterminer le rythme de la thérapie: 86, 88, 115
 déterminer le rythme du récit du trauma: 119-121
 déterminer les limites: 116, Gilberte: 117
 freiner la thérapie: 115-122
 terminer la séance: 135
 Évaluation de la stimulation du –: 122
 Échelle d'–: 118
 Peau: 116
 Fonctions lors du traumatisme: 61
 Hyperstimulation
 Apprentissage de l'observation des signaux corporels d'– du SNV: 119
 du –: 81, 157, Fabrice: 159
 du – dans la symptomatologie du SSPT: 13
 et les réactions de lutte/fuite/figement: 54-55
 Évaluation et régulation de l'– du –: 116-117
 Réduction de l'– en thérapie: 87, Cynthia: 100
 traumatique du –: 14, 20
Voir aussi Anamnèse, importance; Gisèle 2^e partie
 Implication du – dans le trauma: 46
 Importance de la compréhension du fonctionnement du – dans le SSPT: 58
 Impulsions du – pour la contraction des muscles viscéraux: 58
 Induction de la stimulation par le –: 14
 Régulation du – par le système limbique: 28
 Rôle et divisions: 14
 Stimulation en thérapie: 70, 90
 perçue comme un danger: 86
 Tableau du fonctionnement du –: 56
- T**
- Tavris C.: 2
 Techniques somatiques: *voir* Chapitre 7
 Teicher M. H.: 15
 Terreur
 Biologie de la –: 68
 produite par les flash-back visuels: 78
 renforcée par les flash-back: 140
 sans mots: 30
 Traitement de la – par l'amygdale: 19
 vécue dans les flash-back: 68
 Terr L.: 88
 Test de réalité
 Gisèle
 1^{re} partie: 131

- 2^e partie: 169, 170
en cas de désaccordage dû au transfert: 94
Établir un pont par le – entre l'implique et l'explicite: 167, 168-178
Utilisation des freins en thérapie
 Gisèle 1^{re} partie: 126
 Gisèle 2^e partie: 169, 172
- Thalamus
 Localisation: 29
 Rôle du –: transmission de l'information: 29, 46
- Théorie
 Avantage des explications théoriques aux patients
 Frédéric: 104
 Simon: 104
 des affects: voir Tomkins S.
 des marqueurs traumatisques: voir Damasio A. R.
 Importance de la –: 103
- Thérapeute
 Interaction avec le –
 Encodage de l’– dans la mémoire: 90
 Limites des observations du –: 116
 Perception du – comme allié: 91
 étant l'auteur de l'abus/du trauma: 85, 140, Carl: 154
 Peur du – durant un flash-back: 140
 Toucher – patient: 154-155
 visuellement handicapé: 116
- Thérapie(s)
 Dangers
 Risques d'une mauvaise direction
 Dorothée: 161
 Fabrice: 159
 Se tromper de route: 158-162
 Décompensation: 85, 86, 88, 159
 des traumatismes, voir Chapitre 5
 Buts de la –: 157
 Dangers de la –: 85
 Facilitation de la –: par
- l'insertion d'ancrage(s): 100, 115, 117, 121
 l'utilisation du corps comme ressource: 126
 Importance de la relation thérapeutique dans la –: 89-94
 Pourquoi la – peut-elle être traumatisante: 86
 Principes de base de la –: 106
 Processus de contrôle de la –: 119-122
 Techniques somatiques complémentaires à la –
 Voir Chapitre 7
 Travailler d'abord les séquelles du trauma: 163-167
 Rolande: 164
 Évaluation et appréciation de la –
 Voir Traumatisme(s), Types
 Facilitation de la clôture d'une séance de –: 135, 155
 Freiner la –
 Voir Utilisation du corps comme frein, Quentin: 119
 Focalisation sur l'actualité du patient, Fabrice: 159
 Gestalt –: 137
 Importance de la confiance: 90, 91
 théorie: 103
 Modèles de thérapie exigeant d'être directif: 157
 traitement, études d'efficacité: 158
 psychocorporelles: IX, 1, 3, 33
 psychodynamiques et psychocorporelles
 Voir Chapitre 5
 Respect des différences individuelles en –: 105
 Rythme idéal de la –: 115
 Clôture: 155
 Gilberte: 117
 Si rien ne fonctionne: 102

- Utilisation d'un déclencheur traumatisant en -: 178
 verbales: 1, 3
- Tomkins S. (Théorie des affects): 66
- Toucher
 Absence de -: IX, 3, 4, 5, 107, 154
 Bernadette: 155
 Danger du – thérapeutique, transfert et contre-transfert, Carl: 154
 Différence entre – le corps et travailler avec le corps: 3
 Le – thérapeute-patient: 154-155
 Pistes pour assouvir le besoin de – chez les patients: 154
 Renforcement des frontières physiques
 Hélène: 151
- Transfert/Contre-transfert
 dans le développement des ressources face au traumatisme: 91
 Désaccordage dû au –
 test de réalité: 93-94
 sous la forme de symptômes psychologiques ou somatiques: 90
- Trauma
 Conséquences et SSPT: 20
 Définition: 11, note 4: 13
 Façonnement du comportement par le -: 42
 Récit du –
 Dosage du rythme du -: 119-120, 129
 Freiner le -: 122
 Rétablissement des frontières après un – intrusif: 153
 Séquelles du -: 163-167
 Rolande: 164
 Victimes de –
 Classification selon L.Terr : 88-89
 Conflit en thérapie avec des – de Type IIB: 92-93
 Vs traumatisme: 13
Voir aussi Rappel de souvenirs dépendant d'un état interne
- Traumatiser à nouveau
 Comment éviter de – en thérapie: 169
 par le double niveau de conscience (exercices): 139
 en thérapie: 86
- Traumatisme(s)
 Déclencheurs de souvenirs du -: 94, 95
 Déstabilisation due à un – non existant
 Se tromper de route: 159
 Émotions et –: 68-70
 Guérison du –
 Le chagrin comme signe de –: 70
 Les ressources spirituelles dans la –: 99
 Relier tous les aspects d'un – en vue de la –: 167
 Manifestations du – dont le souvenir n'est pas revenu à la conscience
Voir Chapitre 4
 Psychothérapie et le –: *voir Chapitre 5*
 Répétitions hallucinatoires du –: 86
 Restitution
 des frontières après un – physiquement intrusif
 Hélène: 151-153
 Bernadette: 155
 des souvenirs du –: 62
 Traitement du – en thérapie, schéma: 120
 Types de – et de patients traumatisés: 88-89, 91
 vs trauma: note 4: 13
- Trestman R.: 15
 Tronc cérébral (cerveau reptilien): 24, 27
 Fonctions du –: 28
- Trouble(s)
 de la personnalité
borderline, Thérèse: 147
 multiple: *voir* Trouble de l'identité dissociative

de l'identité dissociative: 74
de stress aigu: voir Dissociation psychologiques, origine: 32

U

Utilisation
de la conscience corporelle: 111, 115, 122
des freins: 126, 169, 172
des mouvements intentionnels: 62
des ressources: 147
du corps
comme ancrage: 114, 115
comme frein en thérapie: 119, 122, 124 et Chapitre 7
comme journal intime: 122-124
comme ressource: 100, 126 et Chapitre 6
pour réduire l'hyperstimulation: 100, 168
d'un déclencheur traumatique: 178

V

van der Hart O.: 74, 86, 159
van der Kolk B. A.: 3, 9, 11, 19, 20, 25, 30, 32, 52, 74, 79, 138
Victimes de traumas
Classification selon L.Terr : 88-89
Conflit en thérapie avec des – de

Type IIB: 92-93
Vigilante D.: 3, 24
Viol: 39-40
Distinction entre Culpabilité et Honte: note 5: 69; 167
Honte de la victime de –: 57, 69, 165, 167
Rolande: 164-167
Sentiment de culpabilité de la victime de –: 57, 166
Voir aussi Déclencheurs traumatiques

W

Wahlberg L.: 20
Wahlen P.J.: 29
Weingartner H.: 43
Weisaeth L.: 30, 33, 88, 138
Williams L. M.: 159
Wolpe J.: 117
Woolfolk R. L.: 143

Y

Yehuda R.: 15
Yoga
Racines de la conscience corporelle: 108

Z

Zola-Morgan S.: 29

Table des matières

Préface à l'édition française	VII
Remerciements	IX
Introduction	I
Établir des passerelles	I
Théorie / pratique	2
Psychothérapie / Thérapie psychocorporelle	3
Travailler avec le corps ne nécessite pas le toucher	3
La controverse des faux souvenirs	4
Organisation du livre	5
Avertissement	5
Première partie	
THÉORIE	7
Chapitre I Vue d'ensemble du syndrome de stress post-traumatique (SSPT).	
L'impact du trauma sur le corps et l'esprit	9
1 Charlie et le chien: première partie	10
Une prémissse fondamentale	11
2 La symptomatologie du SSPT	12
3 Distinction entre stress, stress traumatique, stress post-traumatique (SPT) et syndrome de stress post-traumatique (SSPT)	14
4 La survie et le système nerveux	14
5 La réponse défensive lors d'une réminiscence ou d'une réactivation de la menace	19
6 La dissociation, le figement et le syndrome de stress post-traumatique	19
7 Les conséquences du trauma et le SSPT	20

Chapitre 2 Le développement, la mémoire et le cerveau	23
1 Le développement du cerveau	24
1.1 Au début	24
1.2 Quelques notions essentielles	25
<i>La communication du système nerveux</i>	26
<i>Les divisions du cerveau</i>	27
1.3 Lien affectif mutuel et développement du cerveau	30
1.4 Le cerveau en développement et le traumatisme	32
1.5 Le cerveau à maturité et le traumatisme	32
1.6 Implications prometteuses pour la psychothérapie	33
2 Qu'est-ce que la mémoire?	34
2.1 Notions de base concernant la mémoire	34
2.2 La mémoire en bref	35
2.3 La mémoire implicite et la mémoire explicite	36
<i>La mémoire explicite</i>	36
<i>La mémoire implicite</i>	36
<i>La mémoire conditionnée</i>	38
2.4 La mémoire liée à un état interne (physiologique)	42
2.5 La mémoire et le SSPT	43
Chapitre 3 Le corps se souvient	45
1 Comprendre la mémoire somatique	45
2 Les origines sensorielles de la mémoire	46
2.1 L'organisation sensorielle	48
<i>Le système extéroceptif</i>	48
<i>Le système intéroceptif</i>	49
<i>Le sens kinesthésique</i>	49
<i>La somesthésie</i>	50
<i>Le sens vestibulaire</i>	51
2.2 La mémoire somatique et les sens	52
2.3 La mémoire sensorielle et l'événement traumatique	52
3 Charlie et le chien, 2 ^e partie	53
4 Le système nerveux végétatif: l'hyperstimulation et les réactions de lutte, de fuite et de figement	54
5 Le système nerveux somatique et les muscles, le mouvement et la mémoire kinesthésique	58
5.1 Les incidents traumatiques, les réactions de défense et le système nerveux somatique	61
5.2 La restitution des souvenirs traumatiques et le système nerveux somatique	62
6 Les émotions et le corps	63
6.1 Une sélection parmi les théories de la connexion émotion/corps	65
<i>Le travail de pionnier de Charles Darwin</i>	65
<i>La théorie des affects selon Tomkins</i>	66

<i>Le cerveau émotionnel selon Joseph LeDoux</i>	66
<i>La théorie des marqueurs somatiques d'Antonio Damasio</i>	66
6.2 Les bases somatiques de l'émotion	67
6.3 Les émotions et l'événement traumatique	68
Colère / Rage	68
Anxiété / Peur / Terreur	68
Honte – Déception de soi	69
Chagrin	70
6.4 Une proposition pour la résolution du dilemme posé par l'expression émotionnelle: est-elle intégrante ou «dés-intégrante»?	70
Chapitre 4 Les manifestations du traumatisme dont le souvenir n'est pas revenu à la conscience	73
1 La dissociation et les réminiscences ou flash-back	73
2 La dissociation et le corps	74
2.1 Le modèle de dissociation SIBAM	76
3 Les réminiscences ou flash-back	78
3.1 Les flash-back et le cerveau	79
3.2 Résumé	80
 Deuxième partie	
PRATIQUE THÉRAPEUTIQUE	83
Chapitre 5 Premièrement, ne pas nuire	85
1 Les freins et l'accélérateur	87
1.1 Pourquoi freiner, ralentir ou stopper le processus thérapeutique?	87
2 L'évaluation et l'appréciation	88
3 Le rôle de la relation thérapeutique dans la thérapie des traumatismes	89
3.1 La relation thérapeutique: au premier plan ou en coulisses?	90
3.2 La régulation des affects et de la douleur	92
3.3 Accordage, désaccordage et ré-accordage	92
4 La sécurité	94
4.1 Dans la vie quotidienne du patient	94
4.2 Dans l'environnement thérapeutique	95
5 Développer et se réapproprier des ressources	96
6 Les oasis, les ancrages et le lieu de sécurité	100
6.1 Les oasis	100
6.2 Les ancrages	100
6.3 Le lieu de sécurité	102
6.4 Si rien ne fonctionne...	102
7 L'importance de la théorie	103
8 Le respect des différences individuelles	105
9 Les principes de base de la thérapie somatique des traumatismes	106

Chapitre 6 L'utilisation du corps comme ressource	107
1 La conscience corporelle	107
1.1 Qu'est-ce que la conscience corporelle?	108
1.2 Le développement de la conscience corporelle	109
2 L'apprivoisement des sensations	113
2.1 La conscience corporelle comme instrument pour l'identification des émotions	114
3 L'utilisation du corps comme ancrage	114
3.1 L'utilisation de la conscience corporelle comme ancrage plutôt que comme accélérateur	114
4 L'utilisation du corps comme instrument d'évaluation	115
4.1 Les limites	116
4.2 L'évaluation et la régulation de l'hyperstimulation	116
4.3 Le dosage du rythme du récit	119
5 L'utilisation du corps comme frein	122
6 L'utilisation du corps comme journal intime ou comment donner un sens aux sensations	122
7 L'utilisation de la mémoire somatique comme ressource	125
8 La facilitation de la thérapie des traumatismes par l'utilisation du corps comme ressource	126
Chapitre 7 Techniques somatiques complémentaires à une thérapie des traumatismes sans risques	137
1 Le double niveau de conscience	137
1.1 Le SSPT provoque le clivage des perceptions	137
1.2 Le développement du double niveau de conscience	138
1.3 L'application du double niveau de conscience aux crises d'angoisse et de panique	139
1.4 L'application du double niveau de conscience aux flash-back	140
2 La tonicité du muscle: tension/détente	143
2.1 La tension des muscles périphériques pour renforcer le contenant	146
3 Les frontières physiques	147
3.1 Les frontières interpersonnelles	147
3.2 La distance thérapeutique	148
3.3 L'exploration des frontières grâce à deux exercices	149
3.4 Les frontières réelles au niveau de la peau	150
3.5 Le renforcement des frontières physiques d'Hélène	151
3.6 L'établissement du sens des frontières au niveau de la peau	153
3.7 Les frontières visuelles	153
4 La question du toucher thérapeute-patient	154
5 La facilitation de la clôture d'une séance	155

Chapitre 8 Quand la mémoire somatique devient partie intégrante de l'histoire personnelle	157
1 Prenez garde à ne pas vous tromper de route	158
1.1 Les risques d'une mauvaise direction	159
1.2 L'établissement consciencieux de l'anamnèse	160
2 La discrimination entre le passé et le présent	162
3 L'importance de travailler d'abord les séquelles du trauma	163
4 L'établissement d'un pont entre l'implicite et l'explicite	167
4.1 Gisèle, 2 ^e partie	168
4.2 Charlie et le chien, suite et fin	178
Bibliographie	183
Webographie	189
Formations	189
EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing)	190
Guide des praticiens et d'autres formations	190
Articles	190
Index	193

Le corps se souvient Mémoire somatique et traitement du trauma

Traduction de Françoise DUCÈNE

Révision scientifique de Marie SCHILS

Cet ouvrage propose une description claire de l'impact neurophysiologique et psychologique des traumatismes.

Véritable guide, il permettra au thérapeute amené à prendre en charge des personnes souffrant du syndrome de stress post-traumatique d'aider celles-ci à mieux gérer leurs réactions physiques et émotionnelles en leur permettant d'en décoder les aspects neurovégétatifs et corporels.

Destiné avant tout aux psychothérapeutes et aux psychologues, ce livre intéressera également les personnes suivant un diplôme de spécialisation en victimologie, les intervenants de l'urgence (débrieveurs), ainsi que les formateurs du milieu sanitaire. Quant aux personnes souffrant de ce syndrome, elles en tireront une compréhension de ce qu'elles vivent au quotidien, bien utile dans leur cheminement pour en sortir.

**Un guide pour comprendre et prendre efficacement
en charge les victimes du stress post-traumatique
et du syndrome de stress post-traumatique**

Babette ROTHSCHILD

est américaine, titulaire d'une maîtrise clinique en travail social depuis 1978. Après avoir suivi une formation au Bodydynamic Institute au Danemark, elle vit désormais aux États-Unis où elle pratique la psychothérapie et la thérapie psychocorporelle depuis 1976. Elle est spécialiste de renommée internationale dans la question du traitement du stress post-traumatique et assure des formations en Amérique, en Australie et en Europe. Elle est l'auteure de plusieurs ouvrages sur ce sujet.

Marie SCHILS

est belge. Thérapeute psychocorporelle, spécialiste des thérapies somatiques des traumatismes, elle donne également des formations dans ce domaine.

ROTHSCHILD

ISBN 978-2-8041-5893-4

ISSN 1780-9517

