

L'analyse bioénergétique et les troubles post-traumatiques

Claudia Ucros

La définition du trauma

Je voudrais d'abord survoler avec vous quelques définitions du trauma psychique, car la manière de le définir oriente la manière de le voir et les moyens d'y remédier. On peut classer les différentes définitions du trauma psychique suivant les aspects auxquels elles s'intéressent dans l'étude de ce phénomène.

Le terme de trauma a d'abord été utilisé dans le domaine médical pour désigner une blessure ou lésion et celui de traumatisme pour désigner les conséquences de la blessure sur l'organisme et son fonctionnement.

En psychologie, différentes représentations du trauma psychique coexistent et s'articulent les unes par rapport aux autres.

Deux premiers types de définition servent principalement à déterminer quand il y a une traumatisation psychique ou non et à évaluer l'ampleur du traumatisme. Ces aspects de la définition sont décrits dans le «Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux DSM-IV»¹ dont le but est l'évaluation des états mentaux.

Une définition de type causale s'attache à déterminer les caractéristiques des situations qui engendrent les traumas. Le DSM-IV définit ainsi les situations où il y a une confrontation à la mort ou atteinte de l'intégrité psychique et/ou physique de soi ou de proches, comme pouvant être traumatisantes. L'aspect soudain, inattendu ou exceptionnel entre aussi en ligne de compte pour déterminer une situation comme potentiellement traumatogène.

Une définition de type téléologique ou finale part des conséquences pour définir l'objet. Le DSM-IV¹ répertorie les différents symptômes traumatiques classés en types de réaction, c'est à dire la peur intense au moment de la situation et ensuite, les réactions de reviviscence et/ou d'évitement, les troubles de l'état d'éveil physiologique en dehors de la norme ainsi que des critères de durée pour les symptômes.

Deux autres types de définition s'intéressent à ce qui est atteint dans la structure de l'appareil psychique et dans ses mécanismes de fonctionnement.

La définition structurelle nous renvoie à la structure de l'appareil en état de choc. Cette structure est définie différemment suivant les courants théoriques. Les psychanalystes parlent de confrontation à l'irreprésentable et d'effraction du moi (Crocq^{2,3}, Lebigot⁴). Les cognitivistes parlent plutôt de dépassement de capacités et de rupture dans le monde de représentations psychiques (Rothschild⁵). Ces définitions partagent la perception que quelque chose du vécu de la situation ne peut être intégré par l'individu et fait "débordement".

Ainsi, Peter Levine⁶ définit le trauma comme un état psychologique où l'organisme est dépassé au-delà de sa capacité à gérer l'événement; les réponses d'orientation et de défense (fight-flight) normalement prévues par l'organisme sont entravées, inhibées, voire rendues impossibles. Les raisons de cet état d'incapacité à mener à bien les réponses défensives peuvent résider dans l'incapacité à concevoir une réponse, ou dans la perception (justifiée ou non) que la réponse active de fuite ou de maîtrise n'est pas possible. L'individu est alors obligé de se retrancher vers un autre

mécanisme de défense qui est l'immobilisation ou paralysie (freeze). Ce mécanisme est également utile à la survie, mais ne dépense pas de la même manière l'énergie libérée par le système orthosympathique au départ de la perception de la menace.

Une définition fonctionnelle vient compléter cette définition structurelle et renvoie aux mécanismes déclenchés par la confrontation à la situation traumatogène. Plusieurs mécanismes sont actuellement mis en avant par la recherche empirique et/ou clinique.

Tout d'abord, la recherche neurologique et cognitive a permis d'observer que le débordement émotionnel généré par une situation et sa perception s'accompagne de l'hyperactivation de l'amygdale dans le système limbique et que celle-ci entraîne l'inhibition de l'hippocampe et du système nerveux supérieur, bloquant ainsi l'accès à un traitement intégré de l'information et à son élaboration pour le stockage en mémoire (Van Der Kolk et Fislér⁷ voir aussi Eckberg⁸ pour une revue de la littérature à ce sujet). Une métaphore de ce mécanisme est pour moi de considérer le cerveau comme un transformateur électrique dans lequel un certain courant doit passer et être traité. L'amygdale est alors le disjoncteur qui, en cas de trop fort voltage, coupe l'arrivée du courant dans certaines parties du cerveau.

Un autre aspect du fonctionnement d'un organisme en état de choc psychique est observé dans la pratique de l'analyse bioénergétique; l'individu se coupe de ses sensations et de ses réactions en bloquant sa respiration et en se contractant de manière à ne pas laisser l'énergie et les sensations circuler entre les différentes parties du corps. Les coupures mises en place permettent dans l'urgence de moins sentir le débordement émotionnel et les éléments qui y sont associés. Lorsqu'elles persistent ces coupures maintiennent les éléments traumatiques "au frigo", c'est à dire éloignés de la conscience. C'est une manière d'éviter d'être à nouveau envahi par les sensations liées au vécu traumatique.

Enfin, au niveau de l'énergie, l'effraction du moi (et la menace d'effraction du moi) déclenche le retrait de l'énergie et du soi vers le centre dans un but de survie et de protection. Ce phénomène se rapproche de ce qui se passe lorsque quelque chose vient percer une chambre entourée de vide. Une force monumentale d'attraction de l'air vers l'extérieur se développe à travers le trou créé et il faut appliquer une force aussi monumentale dans l'autre sens pour résister et éviter la dispersion de l'air vers le dehors et le vide. Ainsi le contenu du moi se contracte pour résister à cette force l'attirant par la brèche créée et survivre.

Ces explications permettent de comprendre que certaines des parties de l'événement et des réactions qu'il suscite n'aient pas pu être traitées sur le moment même ou après-coup. Dans ce cas, l'événement ne peut être rappelé ou revécu de manière intégrée. Si un élément est rappelé en mémoire c'est tout le schème désorganisé qui est réactivé et c'est comme si l'expérience se produisait à nouveau. L'organisme ne peut pas vraiment faire la différence entre le moment passé et celui de la re-évoation. C'est comme s'il restait accroché au moment T_0 et y revient sans arrêt chaque fois que l'événement est rappelé. Les différents aspects et moments de l'expérience restent fragmentés les uns par rapport aux autres.

Donc, pour revenir à l'ensemble des définitions que j'ai revues avec vous, j'en viens à une compréhension de l'impact des chocs psychiques: les mécanismes de

dissociation et de retrait mettent l'expérience traumatogène et les réactions générées soit au "frigo" (c'est l'évitement de la situation), soit à l'avant-plan de la vie quotidienne dans un état de surexcitation et de répétition cauchemardesque et inlassable (c'est la reviviscence). Dans les deux cas nous avons à faire à une forme de gel de l'individu dans sa vie.

Ellert Nijenhuis et Kathy Steele⁹ sont revenus aux conceptions de Pierre Janet sur les troubles dissociatifs pour décrire ces réactions de l'individu face à un vécu traumatique (voir aussi www.trauma-pages.com/vdhart-2000.htm pour une revue des idées de P. Janet). Pour eux, la dissociation est une adaptation au vécu traumatique qui scinde la personne en deux parties: la partie «Personnalité Émotionnelle», celle qui s'est trouvée face à l'expérience traumatogène et qui renferme toutes les sensations et réactions émotionnelles en lien avec le trauma, et la partie «Personnalité Apparemment Normale», celle qui permet de fonctionner dans la vie de tous les jours de façon apparemment normale mais totalement détachée des émotions en lien avec le trauma.

Chaque fois que la «Personnalité Émotionnelle» prend le dessus, la situation traumatique est réactivée avec la panoplie de sensations et réactions traumatiques.

L'expérience traumatique ne peut être digérée puisque le rappel de celle-ci provoque tout de suite le débordement émotionnel qui rend notre capacité d'intégration inopérante. Le fonctionnement de la «Personnalité Apparemment Normale» ne permet pas non plus de digérer l'expérience traumatique puisqu'elle met les éléments traumatiques à distance et en refuse l'accès.

Le modèle neurologique de Seigel¹⁰ de la modulation de l'éveil physiologique nous permet de nous représenter cela d'une autre manière encore: le cerveau a besoin pour bien fonctionner d'un degré optimal d'éveil physiologique (ni trop, ni trop peu). Seigel propose le concept de «fenêtre de tolérance» pour désigner la zone dans laquelle une expérience peut être intégrée avec succès pour un individu donné.

- insérer figure 1 : un essai de modélisation des mécanismes impliqués dans l'état de choc-

La figure 1 est une proposition de modélisation des mécanismes à l'œuvre lors d'un état de choc traumatique. Dans cette figure l'état de débordement émotionnel est central et dépendant de deux systèmes parallèles interagissant l'un sur l'autre: un système de traitement de l'information et de gestion des réponses et un système de traitement et gestion de l'énergie psychique et du sens de soi. Ce débordement émotionnel, par le biais de ses effets sur le système limbique (entre autre l'activation de l'amygdale), aurait un triple effet sur le fonctionnement de l'organisme, c'est à dire un effet d'inhibition de l'activité corticale et de l'intégration mnésique de l'événement, un effet de coupure ou mise à distance des sensations et réactions, et un effet de rétraction de l'énergie vers le centre. Les degrés d'activité corticale, de contact avec ses sensations et réactions, et d'expansion-retraction de l'énergie auraient eux-mêmes des effets sur les systèmes de traitement et gestion des réponses et de l'énergie psychique. Ce modèle est une proposition heuristique en vue de cibler les niveaux auxquels il faut être attentif lorsqu'on veut décoincer un état post-traumatique. L'inhibition des activités supérieures du cortex empêchent la résolution

concrète des problèmes rencontrés, et donc la modélisation des réponses reste inhibée. Par ailleurs, l'énergie non libérée en raison de l'inhibition des réponses et/ou du retrait énergétique reste elle aussi coincée. Elle crée des tensions et maintient l'état de débordement émotionnel à l'intérieur de l'organisme (comme l'eau qui s'accumule derrière un barrage).

Comment intervenir ?

La libération des tensions et émotions peut permettre la décharge du trop plein et la métabolisation de l'expérience traumatogène. Cette libération se fait grâce à une remise en mouvement de l'individu, physiquement et psychologiquement.

Le médecin général Louis Croq, grand spécialiste des traumatismes de guerre parle d'accouchement ou de maïeutique du vécu traumatogène. Cet accouchement est un re-traitement des informations avec leurs émotions associées et ne peut se faire que s'il y a un "moi" pour accoucher, c'est à dire un "moi" suffisamment opérant. Cela demande de rétablir des conditions minimales de sécurité et de reconstruction ou recentrage du moi. En reprenant l'image du transformateur électrique proposée plus haut, on peut dire qu'on va refaire passer les données dans le transfo, mais après avoir s'assuré que ce dernier peut fonctionner à nouveau, et qu'il sera capable de gérer les flux au fur et à mesure.

Il y a 3 phases à cet accompagnement psychothérapeutique de la personne confrontée à un trauma psychique (figure 2).

- insérer figure 2 : les 3 phases du travail psychothérapeutique-

Du point de vue de l'analyse bioénergétique, le travail pendant *la première phase* de stabilisation et de contenance consiste à créer un cadre relationnel et thérapeutique dans lequel la personne retrouve une certaine sécurité et à traiter les symptômes de la personne en stabilisant le niveau d'éveil et ses réactions et en les ramenant à un optimum. Cela se fait par l'écoute et par la remise en route d'une respiration correcte et de l'enracinement. Aider la personne à se recentrer, c'est lui donner les moyens de se re-sentir.

Un accompagnement psycho-corporel, c'est à dire centré sur son fonctionnement somato-psychique, permet à la personne de pouvoir mieux accepter, mieux comprendre, mieux maîtriser ou gérer ses réactions physiques et émotionnelles, et de développer un meilleur sens de sécurité psychique.

Le travail sur les tensions physiques est déjà nécessaire au cours de cette première phase pour apprivoiser les tensions et commencer à les dé-rigidifier. Ce travail permet de percevoir les tensions dans le corps comme des signes, comme un langage qui exprime le vécu du corps. Une autre écoute et un autre regard par rapport à soi va pouvoir s'installer. De plus, le dénouement de certaines tensions dans le corps et la respiration permet d'augmenter la conscience des sensations et réactions.

Le passage à *la deuxième phase* de métabolisation et de décharge se fait le plus souvent progressivement. A un moment la personne et son psychothérapeute se

retrouvent dans le concret de l'expérience traumatique avec la disponibilité pour se laisser prendre par les sensations telles qu'elles viennent et en faire quelque chose, et donc avec l'acceptation chez la personne « d'aller voir » ce qui se passe. Une élaboration de l'expérience débute alors. Le meilleur mot pour décrire ce processus est la métabolisation. Cette métabolisation est à la fois psychique et physique. Tant le corps que l'esprit doivent pouvoir trouver leurs repères face à ce qui a été vécu. Ce processus peut prendre un certain temps suivant l'événement et les ressources que la personne a déjà acquises. Je pense que ce processus de métabolisation peut être soutenu activement en veillant à ce que la personne ne reste pas dans l'immobilisme émotionnel qu'elle a déjà vécu. Se reconfronter à l'expérience ne doit pas être une retraumatisation. En tant que thérapeute nous pouvons donner à cette étape la reconnaissance de ce qu'elle vit mais aussi des ressources pour qu'elle continue à se mettre en mouvement.

Certaines personnes ne se sentiront jamais prêtes pour cette étape, ou seront prêtes que pour en assumer une partie, ou une partie à la fois.

Enfin, *la troisième phase* d'expansion et de plaisir permet à la personne d'intégrer l'expérience plus totalement par rapport à sa vie passée et sa vie actuelle, ainsi que de redéployer ses sens afin de goûter à la vie avec sa nouvelle perception de son expérience et de son histoire.

Il est possible que le travail s'opère par des allées et venues successives entre les différentes phases. Par exemple, le fait de se trouver en difficulté dans la phase de métabolisation et de décharge nous oblige à redéployer les outils de stabilisation et contenance avant d'aller plus loin. Mais les différentes phases se nourrissent l'une l'autre également. Ainsi, le fait d'avoir pu élaborer une petite partie d'un élément traumatique permet une meilleure ouverture à la vie (phase d'expansion et de plaisir) et donne ensuite la possibilité d'une meilleure stabilisation et contenance. Cette meilleure stabilisation et contenance permettront d'aller à nouveau plus loin dans la métabolisation et la décharge des expériences.

Cas cliniques

Je vais vous présenter 2 cas de personnes que j'ai vues dans le cadre de mon travail à la police fédérale, suite à un événement traumatisant. J'ai bien sûr modifié quelque peu les données et le prénom des personnes afin qu'elles ne puissent être reconnues. Le premier cas est un résumé d'une analyse déjà présentée ailleurs (Ucros^{11,12}).

Cas de Vincent

Vincent un policier de zone rurale qui a survécu sans "blessures graves" physiques à une collision frontale mortelle à vitesse rapide. Il était passager, et il a vu les phares du véhicule qui venait à leur rencontre sur une voie rapide pourtant à sens unique. Lorsqu'il a repris connaissance après le choc, il a cru un instant que son collègue était mort. Le conducteur en face de lui l'était bien. Vincent vient me voir 4 mois après l'accident, au moment où il essaie de reprendre le travail.

Il n'a plus de motivation au travail. Il est irritable et sa femme le lui reproche. Il ne supporte pas le bruit de ses enfants. Il a des crises d'angoisse. Il a peur de conduire et de se retrouver dans une situation imprévue. C'est particulièrement le cas le soir,

quand l'obscurité rappelle les circonstances de l'accident. Il a souvent des flash-backs en situation de conduite. Enfin tout son comportement est orienté autour de l'évitement des situations de conduite.

Pour reprendre le schéma des différentes phases de la thérapie, la première phase est assez longue (+/- 2 ans). Tout au long de cette première phase il y a des éléments générateurs d'insécurité:

- Vincent est régulièrement confronté dans son travail et à la maison aux stimuli déclencheurs de la réaction de panique traumatique.
- Il a peur de perdre sa place de gendarme rural s'il n'est plus "opérationnel", d'autant plus que la police est justement en pleine restructuration et qu'il ne sait pas encore quel sort lui sera réservé dans cette restructuration.
- Son fils a une tumeur non maligne mais assez grave et inexplicable, face à laquelle il se sent impuissant.

Son attitude face au travail thérapeutique face à ce qui lui est arrivé reste fort passive. Il est là parce que quelque chose d'extérieur lui est arrivé et il n'a pas la perception qu'il peut faire quelque chose pour que ça change.

Pendant cette première phase le travail psychothérapeutique est un travail de soutien à la gestion de ses symptômes, un travail d'éveil et de sensibilisation aux sensations et au ressenti, et un travail sur les contractions musculaires chroniques.

Un vécu de révolte et d'impuissance émerge au cours de ce travail. Il concerne principalement son état. Ce vécu rejoint des éléments de son histoire. Eléments autour desquels il s'est construit. Sa mère était toute puissante et omniprésente dans son quotidien d'enfant, et même aujourd'hui dans son quotidien d'adulte. Vincent attend tout de l'autre sans qu'il n'y ait besoin de formulation. Il n'a pas d'espace psychique propre. Manifester sa révolte n'est pas possible et mène à l'impuissance. Petit, Vincent avait des crises de rage que ses parents n'arrivaient pas à maîtriser. Sans solution, ses parents finissaient par le laisser dans sa chambre.

Pouvoir exprimer son impuissance dans la relation est difficile pour Vincent. Mais le peu qu'il arrive à exprimer est déjà bénéfique et permet à son besoin de réconfort d'émerger et de pouvoir trouver une place.

Le passage à la deuxième phase, c'est à dire à l'exploration du ressenti traumatique, est le signe de l'engagement dans une relation de base thérapeutique suffisamment solide pour lui et de l'arrivée d'éléments de sécurité suffisants dans son quotidien.

Au niveau de la relation thérapeutique, il investit "son" local, c'est un peu comme s'il se retrouvait chez lui, mais il y aussi le bien-être d'être avec moi. Enfin, il commence également à pouvoir s'appuyer sur lui-même dans le travail énergétique qu'il fait.

Sa vie quotidienne semble tout à coup sans nuage à l'horizon car son fils semble hors d'affaire, sa tumeur a disparu et, au travail on lui donne la possibilité de travailler dans une équipe d'assistance opérationnelle, mais sans intervention à l'extérieur. Dans cette phase, les outils du travail sont les mêmes (enracinement, travail sur les tensions, vers le relâchement énergétique) mais débouchent sur des sensations et réactions intenses liées au trauma. Le vécu physique est lourd après coup: il a l'impression de marcher sur des œufs, d'être décalé, en arrière de son corps et des réactions de son corps. Il a des tensions fortes dans les bras et dans les genoux.

Vincent se trouve soudain, au cours d'une séance, sans mots et «réaction» apparente. La notion de temps et d'espace est perturbée tant chez moi que chez lui, comme si nous avions basculé dans une autre dimension. Ce sont d'abord mes mots qui vont aider à élaborer ces sensations et amener le «concret» du choc physique et psychique à la conscience de Vincent. Des sensations fines liées à ces chocs émergent. Ainsi, il ressent son corps comme de travers. Cette «distorsion» de son corps semble en rapport avec le désir et l'effort qu'il a essayé de mettre en place pour éviter la collision dans la fraction de seconde où il l'a vue venir. C'est un peu comme si son corps avait essayé d'éviter la collision avec la voiture en se tendant très fort dans des mouvements qui auraient pu le sauver si son corps avait été élastique (et se déporter sur le bord de l'habitacle) et comme si la force de ses jambes avait pu faire freiner sa voiture et la force de ses bras repousser l'autre voiture. De même, il ressent des picotements intenses et douloureux, comme s'il avait des aiguilles de glace dans ses membres et au bout de ses doigts. Il a l'impression que ses os pourraient se briser en mille morceaux s'il lâchait un peu plus. Ces picotements sont en rapport avec le "dégel" énergétique dans ses membres. La peur de se briser en mille morceaux dans le processus de relâchement provient selon moi de la tension extrême qu'il a déployé pour résister au choc, et «tenir ses morceaux ensemble» face à l'approche de la collision mortelle. Toutes ces tensions ont permis au corps de Vincent de résister physiquement au choc violent. Le réveil d'un tel état se fait dans la douleur, comme lorsque des membres engourdis par le froid se détendent dans la chaleur. Il dira d'ailleurs de lui-même qu'il sent la vie revenir dans son corps, et c'est nettement visible en séance. C'est donc en même temps que ces sensations liées au trauma deviennent explorables que la vie revient. Mais c'est aussi parce que la vie revient que ces sensations deviennent explorables. Ce travail d'exploration des sensations traumatiques prendra plusieurs mois.

Après ce travail, Vincent peut intégrer un peu l'empreinte que la «scène» familiale a eue sur lui, sur sa façon d'aborder le monde et de réagir. C'est un peu comme si le travail de cette situation traumatique lui permet de construire corporellement et relationnellement des éléments qui lui ouvrent la possibilité d'explorer la vie et les conflits psychiques sur lesquels il s'est bâti. L'accident traumatique finit par prendre sens pour lui. Vincent se stabilise également dans sa nouvelle fonction au sein de la police et se pose des questions sur comment intégrer dans sa vie quotidienne le «bon» qu'il a acquis dans l'espace thérapeutique. Cette partie de la thérapie constitue la troisième phase du traitement du trauma, parce qu'elle ouvre des nouvelles perspectives à Vincent dans son quotidien. Ce n'est pourtant pas le bout de son chemin thérapeutique. Les limites du cadre institutionnel ne permettront pas d'aller plus loin.

Dans le cas de Vincent, «animer» son corps, le remettre en mouvement en douceur, lui permet de sortir de la torpeur ou paralysie du choc et de ramener ses «sens» à la conscience. Ainsi ses symptômes physiques (et son rapport à ceux-ci) progressent tout au long de sa psychothérapie. Les sensations douloureuses se précisent et ont un lien de plus en plus clair avec les contractions en rapport avec la collision, ainsi qu'avec l'état de choc. Par ailleurs le rôle de ma présence est un réel support pour partager et élaborer l'impuissance dans laquelle il se trouve et, petit à petit, se représenter ce qu'est un support relationnel. Grâce à cela, il vit une expérience différente de celle qu'il a vécue avec ses parents.

Une approche psycho-corporelle comme l'analyse bioénergétique s'avère bien utile lorsque nous travaillons avec des personnes issues d'un milieu culturel et/ou professionnel où il y a peu d'élaboration psychique et émotionnelle. Leur monde de représentation émotionnelle est relativement peu élaboré. Leurs croyances de base viennent appuyer leur identité en tant que personne capable de contrôler, de prévoir, de secourir les autres. Ces personnes se trouvent particulièrement démunies face au trauma lorsqu'il vient les toucher. Les aspects somatiques de leur expérience constituent alors la presque unique voie d'accès. C'est le cas de personnes, comme Vincent, imprégnés de la culture policière et d'autres cultures de type «macho» ou «sauveur».

Cas de Laura

Laura vient 1 mois et 1/2 après avoir été confrontée dans son travail à un double infanticide et suicide. L'enfant de 5 ans la hante. Celle-ci est proche de l'âge de sa fille. D'après l'attitude de l'enfant elle peut s'imaginer qu'elle a vu sa mère à l'œuvre, peut-être sur son petit frère et ensuite sur elle.

Sur le moment même, elle a eu une perception d'horreur qu'elle n'a pu accepter ni exprimer, même pas à son assistant. Par la suite elle a de la peine tant pour la mère que pour la fille.

Elle vient parce qu'elle sent que les émotions restent bloquées en elle. Elle a des angoisses surtout la nuit. Elle a peur qu'il arrive quelque chose à sa fille. Son sommeil est peu réparateur. Elle veut éviter de penser à l'endroit où ça s'est passé, ou passer devant.

Laura a eu un père militaire, très exigeant, et une mère dépressive.

Le travail se déroule assez vite, car Laura se sent en confiance et a déjà fait une forme de travail sur elle dans des cours d'expression vocale. A la troisième séance elle est déjà dans une phase d'acceptation de se laisser voir en imagination l'endroit du drame qu'elle a dû constater. Je l'invite à se revoir dans l'évènement et à explorer les réactions qu'elle aurait eu si elle avait pu. C'est la fuite qui lui vient à l'esprit. Quand je lui demande de préciser, elle me dit qu'elle ne veut pas voir sa colère, elle veut la fuir et refuser d'accepter qu'une telle situation existe. Elle se dit qu'une mère a dû se trouver loin en matière de souffrance pour en arriver là. Elle visualise la mère et s'identifie à elle, elle visualise les actes qu'elle a dû faire. Je l'invite à exprimer la révolte qu'elle ressent en criant "pourquoi ?" et en frappant les jambes dans le matelas.

L'expression de sa révolte reste coupée. Le haut du corps lutte contre la rage et la révolte en elle. Laura fait le lien entre cette difficulté et celles vécues petite, car elle pouvait difficilement exprimer sa révolte face à une mère déprimée et fragile.

Durant les 3 semaines entre cette séance et la suivante, elle continue à revivre, à digérer les émotions qui ont émergé. Elle ressent que l'évènement est plus loin et nous remarquons que les sensations physiques évoluent. Elle ressent du vide et une sensation d'engourdissement (numbing) mais en même temps elle se sent plus détendue.

Lors de cette quatrième séance elle focalise son attention sur son fils et ces enfants morts égorgés. Cela l'amène à reconnaître également les besoins qu'elle n'a pas assouvis lors de son travail cette nuit-là. Elle avait besoin de partager avec son collègue, de ne pas se sentir seule. Mais au lieu de cela ils ont bu une bière en parlant de la pluie et du beau temps, plutôt hébétés, sans vraiment partager leur vécu.

Le fait d'être allongée sur le dos pour continuer le travail sur elle, la remet une nouvelle fois dans la situation traumatogène. Elle associe d'emblée sa position à celle dans laquelle elle a trouvé le bébé égorgé. La tension forte de sa nuque se fait ressentir. Elle se sent coupée en deux dans sa gorge et dans sa voix, là où le bébé a été presque totalement tranché. En travaillant sur ces tensions par la pression et la respiration une détente s'installe dans son corps. Mais c'est en prenant sa tête sur mes genoux qu'elle va pouvoir sentir sa tête se reconnecter au reste du corps.

Elle me reparle alors de ce moment crucial où elle s'est sentie obligée de ne pas montrer ses faiblesses. Son collègue assistant a vu qu'elle était sous le choc et lui a dit de respirer. Au lieu de cela elle s'est automatiquement bloquée, par peur de l'intensité des émotions qui auraient pu sortir et de l'image qu'elle aurait donnée d'elle-même.

Ce qui est intéressant dans ce travail c'est qu'au fur et à mesure que Laura retrouve "possession" de son corps, une élaboration mentale se développe et s'intègre dans son corps plus habité et plus connecté. L'intégration émotionnelle de l'événement devient alors possible sans qu'il n'y ait de débordement et donc de retraumatisation. Cette intégration passe en même temps par le relâchement physique et l'élaboration de l'histoire vécue.

Enfin, la cinquième séance est une continuation de cette élaboration: dans cette séance Laura se donne la possibilité de s'accepter elle-même comme elle se sent, c'est à dire avec ses coupures et ses faiblesses. Cela permet à Laura de passer au réinvestissement de son soi, ce qui correspond à la 3ème phase de son travail thérapeutique.

Discussion

Le traitement idéal des troubles post-traumatiques suppose que la personne atteinte de tels troubles puisse explorer et élaborer le vécu de l'événement traumatogène avec les sensations et réactions traumatiques qui y sont associées. Notre rôle est d'amener la personne dans une zone ou espace de sécurité où elle peut se sentir libre et capable d'explorer cet événement et l'impact qu'il a eu sur elle.

Il ne faut pas oublier cependant que l'événement déclencheur des troubles est perçu, au moins au départ, comme un élément extérieur à la personne. Dans un tel contexte la plupart des personnes sont le plus souvent en attente d'une réparation, ou d'un changement provenant de l'extérieur car «ce qui leur est arrivé n'est pas de leur faute». Elles sont peu demandeuses d'une réelle intégration du vécu traumatique mais plutôt d'une remise en route de leur fonctionnement habituel dans la vie quotidienne. Ces personnes ont rarement fait l'expérience de la psychothérapie ou d'un travail d'élaboration émotionnelle sur les faits de la vie. Elles sont le plus souvent satisfaites de l'aide reçue dès qu'elles ont atteint un espace de sécurité suffisant, c'est à dire dès qu'elles ont retrouvé leurs normes habituelles d'excitation physiologique et émotionnelle et qu'elles ont pu reprendre un fonctionnement proche

de celui qu'elles avaient connu auparavant. Pour ces personnes la deuxième phase du travail thérapeutique, de métabolisation et de décharge, est souvent presque inexistante. Le travail majeur consiste en une « stabilisation » de leur état vers un degré de sécurité psychique acceptable. Des changements venant de leur environnement, qui par exemple réduisent la perception des risques subséquents ou des dommages subis, ou de légers changements internes comme le relâchement d'une partie de l'excédent émotionnel ou une amélioration de la gestion de soi due au travail thérapeutique seront suffisants. L'intégration complète d'un événement traumatique n'est donc pas nécessaire pour la reprise d'un cours « normal » de la vie. Certaines personnes s'en tireront d'ailleurs mieux ainsi qu'en passant par une intégration qui leur ferait remettre en question un aménagement psychique branlant. C'est ce que j'ai observé le plus souvent dans mon travail de psychothérapeute pour l'institution policière, où les personnes rencontrées devaient gérer des troubles traumatiques récents, de stress aigu ou post-traumatique non encore consolidé.

Il n'en reste pas moins que la compréhension des processus énergétiques et émotionnels tels qu'ils s'inscrivent dans le corps constitue une ressource majeure pour un accompagnement juste de ces personnes. Le repérage des sensations et émotions du corps peut ramener la personne davantage à elle-même et à plus d'intégration car il va dans le sens contraire de l'impact du choc psychique, ce dernier poussant l'âme à s'évader du corps.

Je rappellerai pour conclure ces quelques phrases qu'Henri Gougaud¹³ place dans la bouche du corps répondant à Luis A. dans « Les sept plumes de l'aigle » : « Quelle sottise d'imaginer l'âme séparée de moi ! L'âme est le temple de la mémoire. Comment entrer dans l'âme, sinon par le sentir ? Et comment entrer dans le sentir, sinon par les portes du corps ? »

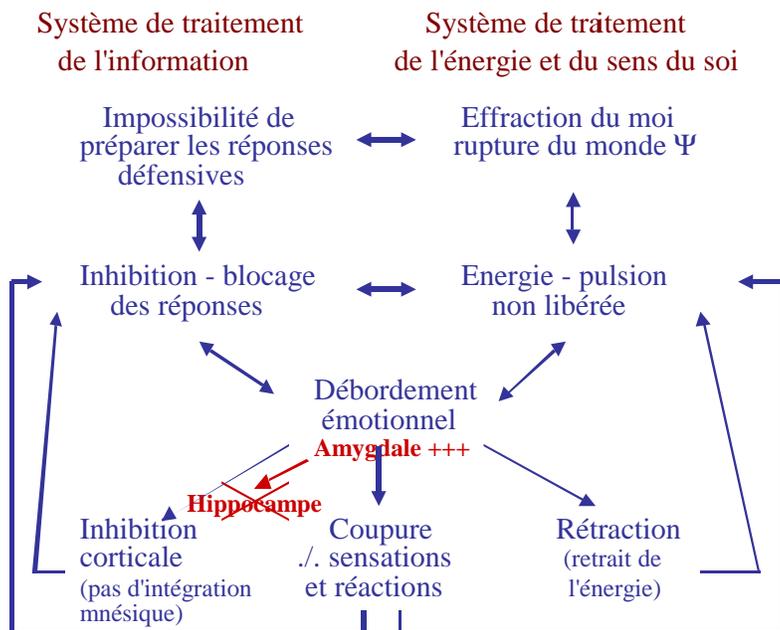


Figure 1. Mécanismes mis à l'œuvre lors d'un état de choc traumatogène

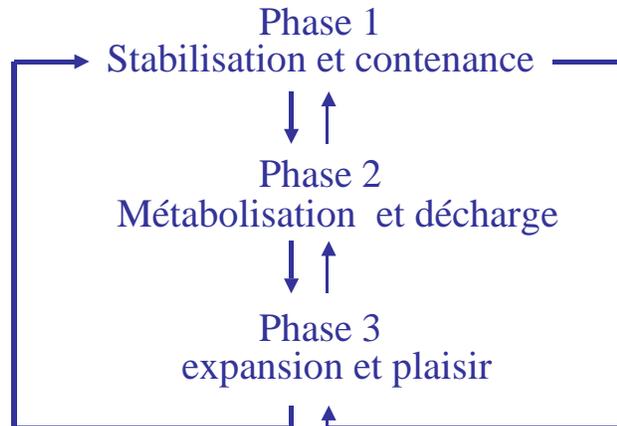


Figure 2. Phases du travail thérapeutique de troubles post-traumatiques

-
- ¹ DSM-IV (1996) Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Paris: Masson (traduction française)
- ² CROCQ L. (2002) Expression des émotions et aspect cathartique du débriefing. In De Soir E, Vermeiren E.: Les débriefings psychologiques en question. Anvers: Garant.
- ³ CROCQ L. (2003) L'approche cathartique. *Revue Francophone du Stress et du Trauma*, 3 (3): 15-24.
- ⁴ LEBIGOT F. (2000) La clinique de la névrose traumatique dans son rapport à l'événement. *Revue Francophone du Stress et du Trauma*, 1 (1): 1-64.
- ⁵ ROTHSCCHILD B. (2000) The body remembers; the psychophysiology of trauma and trauma treatment. New York: W. W. Norton & Company.
- ⁶ LEVINE P. (1997) Waking the tiger; healing trauma. Berkeley, CA: North Atlantic Books.
- ⁷ VAN DER KOLK BA. & FISLER R. Dissociation and the fragmentary nature of traumatic memories: Review and experimental confirmation. *Journal of traumatic stress*. 8 (4): 505-525.
- ⁸ ECKBERG M. (1999) Treatment of shock trauma : a somatic perspective. *Bioenergetic Analysis*, 10 (1): 73-96.
- ⁹ NIJENHUIS E, STEELE K. (1999) Forgetting and reexperiencing trauma: from anesthesia to pain. In GOODWIN & ATTIAS: Splintered reflections: images of the body in trauma. New York: Basic Books.
- ¹⁰ SEIGEL DJ. (1999) The developing mind: toward a neurobiology of interpersonal experience. New York: Guilford.
- ¹¹ UCROS C. (2001) *Journal International de Victimologie*, 1 (2), www.jidv.com
- ¹² UCROS C. (2004, in press) Approche somatique des syndrômes post-traumatiques, un autre regard psychothérapeutique? *Revue Francophone du Stress et du Trauma*, 4 (4)
- ¹³ GOUGAUD H. (1995) Les sept plumes de l'aigle. Paris: éd. du Seuil.