

APPROCHE SOMATIQUE DU PSYCHOTRAUMA

UN AUTRE REGARD PSYCHOTHÉRAPEUTIQUE ?

CLAUDIA UCROS*

RÉSUMÉ

Le texte qui suit propose une approche incluant la dimension somatique dans la compréhension et le traitement des traumatismes psychiques. Il concerne principalement l'abord des séquelles post-traumatiques, c'est-à-dire lorsque l'individu n'a pu intégrer une expérience traumatogène de façon suffisamment satisfaisante dans son identité et son histoire de vie. Les chercheurs et psychothérapeutes spécialisés dans l'étude et le travail sur les traumatismes psychiques sont de plus en plus amenés à intégrer les symptômes physiques ou somatiques associés aux dysfonctionnements physiologiques et aux phénomènes dissociatifs liés au trauma. L'approche somatique est présentée à partir des travaux de Maryanna Eckberg et de Peter Levine. Un cas clinique tiré de la pratique de l'auteur au sein du *stressteam* de la Police fédérale de Belgique illustre le travail psychocorporel qui peut s'engager dans une psychothérapie post-trauma. La discussion pose la question de l'utilité d'une telle approche et de son articulation avec les autres approches psychothérapeutiques dans la prévention et le traitement des traumatismes psychiques.

MOTS-CLÉS

syndrome post-traumatique, approche somatique, Eckberg, psychothérapie psychocorporelle, analyse bioénergétique.

SUMMARY: SOMATIC APPROACH OF POSTTRAUMATIC DISORDERS, ANOTHER PSYCHOTHERAPEUTIC VIEWPOINT?

The following paper offers a somatic perspective for the understanding and treatment of psychological trauma. It is mainly relevant to posttraumatic sequelae, that is, when the individual could not integrate well enough in his/her identity and personal life history an experience bearing traumatic elements. Researchers and psychotherapists specialized in the study and treatment of psychological trauma integrate more and more somatic or physical symptoms which are associated to physiological disturbances and dissociative phenomena in relationship with trauma. The somatic approach presented here is based upon the work of Maryana Eckberg and Peter Levine. A clinical case, drawn from the practice of the author within the stressteam of the Belgian Federal Police, illustrates how mind-body work can be initiated and evolve in posttrauma psychotherapy.

KEY WORDS

posttraumatic disorder, somatic approach, Eckberg, mind-body psychotherapy, bioenergetic analysis.

ÇADRE THÉORIQUE DE L'APPROCHE SOMATIQUE

Un individu souffre de séquelles post-traumatiques lorsque il n'a pas pu intégrer une expérience traumatogène de façon suffisamment satisfaisante dans son identité et son histoire de vie. L'incapacité à intégrer une expérience se traduit par un ensemble

de symptômes du syndrome de stress post-traumatique, tels que des troubles en relation avec la perception de la réalité (perte de contact avec la réalité ou déréalisation), des troubles en relation avec le niveau d'éveil physiologique (sensations d'engourdissement ou paralysie, hyperagitation, troubles du sommeil ou irritabilité) et des troubles en relation avec la réactivation du vécu traumatique (cauchemars, flashbacks, reviviscence, distorsions perceptuelles). L'énonciation dans

le langage de ce qui fait trauma a

*Psychologue,
membre du *Stressteam* de la Police fédérale de Belgique,
rue Fritz Toussaint, 47, B-1050 Bruxelles
Tél. : 32 (2) 641 22 97 – Fax : 32 (2) 642 62 87
claudia.ucros@mac.com

des effets libérateurs et transformateurs débloquent la répétition traumatique. Cependant, les aspects somatiques de la réaction à l'événement traumatogène peuvent constituer un réel obstacle au travail d'énonciation. Ainsi, Van der Kolk ⁽¹⁾ met l'accent dans l'étude et le traitement des troubles post-traumatiques sur l'importance des manifestations somatiques. Il publie en 1994 un article dont le titre est évocateur à ce sujet : *The body keeps the score*. Et, lors d'une conférence en 1998, il avance que "si le problème des patients traumatisés est de ne pas pouvoir analyser ce qui se passe lorsqu'ils revivent les sensations physiques du trauma passé, et que ces sensations produisent des émotions intenses qu'ils ne peuvent moduler, alors notre thérapie devrait pouvoir les aider à rester dans leur corps et à comprendre ces sensations" (cité in Rothschild ⁽²⁾).

L'affinement de nos connaissances du fonctionnement du cerveau et du système nerveux en état de choc permet actuellement une meilleure compréhension des aspects somatiques du traumatisme psychique ou traumatisme de choc. L'intégration du "corporel" dans les approches psychothérapeutiques du trauma peut approfondir l'accompagnement du processus d'accouchement du vécu traumatique. Levine et Rothschild ont chacun proposé une approche psychocorporelle du trauma dans leur livres respectifs *Waking the tiger, healing trauma* ⁽³⁾ et *The body remembers, psychophysiology of psychological trauma and trauma treatment* ⁽²⁾. Nijenhuis *et al.* ont également présenté un modèle de l'émergence des phénomènes dissociatifs dans les symptomatologies des traumas psychiques ^(4,5).

L'approche somatique présentée ici se base sur le travail d'Eckberg ⁽⁶⁾. Celle-ci reprend la définition du traumatisme de choc proposée par Levine : "l'état de choc est un état psychologique

où l'organisme est dépassé au-delà de sa capacité à gérer l'événement". Pour Levine, ce débordement provient du fait que les réponses d'orientation et les réponses défensives (*fight-flight*) face à la menace ont été entravées, inhibées ou rendues impossibles. L'énergie intense associée à ces réponses reste dans le corps et n'est ni extériorisée, ni métabolisée. C'est l'impossibilité d'intégrer, suite à ce débordement, les éléments du vécu de la situation traumatogène qui risque de produire à terme un syndrome post-traumatique. Ce point de vue peut être mis en relation avec celui des approches analytiques du trauma et celui des recherches neuropsychologiques. Du point de vue analytique, c'est la confrontation à l'irreprésentable, à savoir la représentation de la "mort" – inexistante dans le psychisme en tant que concept – qui induit le trauma psychique. C'est ainsi qu'en matière de trauma psychique, on parle "d'effroi de la mort", d'horreur, et/ou de terreur indicible (Crocq ⁽⁷⁾ ; De Soir et Vermeiren ⁽⁸⁾ ; Van der Kolk *et al.* ⁽⁹⁾). Cette confrontation à l'irreprésentable peut être comprise aussi comme quelque chose qui amène l'individu dans un état proche de celui d'un ordinateur désirant ouvrir un fichier qui prend plus de mémoire que sa capacité de traitement ne le lui permet, ou bien désirant ouvrir un fichier inexistant : les réponses opératoires ne sont plus possibles ou deviennent inefficaces.

Dans cette situation, l'expérience de l'événement reste dissociée lorsqu'elle est ramenée à la conscience, et l'état dans lequel la personne se retrouve en évoquant l'événement est également un état dissocié entraînant les symptômes de dissociation péritraumatique tels que la déréalisation, la dépersonnalisation, l'amnésie, l'analgésie, la "sortie du corps" qui se sont révélés être prédicteurs des troubles psychotraumatiques ultérieurs ⁽¹⁰⁾ (voir aussi <http://www.trauma-pages.com/vdhart-2000.htm>).

FIGURE 1

Le modèle de la modulation de l'éveil physiologique (arousal) selon Seigel ⁽¹²⁾

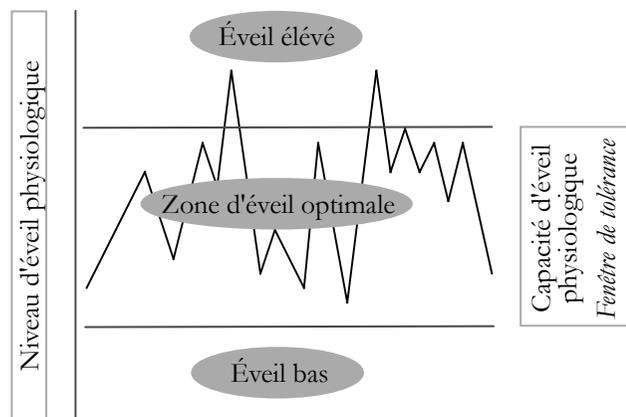
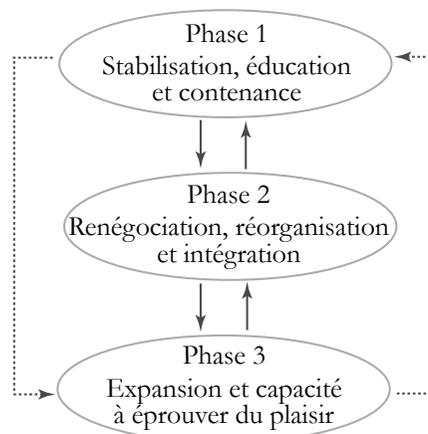


FIGURE 2

Les trois phases de l'approche somatique d'Eckberg ⁽⁶⁾



En effet, du point de vue neuropsychologique, les systèmes supérieurs du traitement de l'information sont inhibés par la suractivation du noyau amygdalien. Ils se coupent et ne fonctionnent plus, comme lorsque dans un système électrique soumis à un survoltage le disjoncteur provoque la coupure du courant. Les fonctions d'intégration et de contrôle sont mises hors circuit et les différents éléments de l'expérience (éléments perçus, sensations, pensées associées, réponses associées) restent fragmentés⁽¹¹⁾. En conséquence, la codification ou traitement de l'expérience n'aboutit pas et il n'y a pas de mémoire explicite de l'événement (voir par exemple Rothschild⁽²⁾ pour une explication des différents types de mémoire). En conséquence, non seulement la personne reste incapable d'avoir une vue d'ensemble intégrée de ce qui lui est arrivé et de ce qu'elle vit, mais en plus elle "revit" (symptômes de reviviscence) l'expérience traumatique chaque fois que des éléments de cette expérience sont rappelés à la conscience par la mémoire ou la situation du moment.

Nijenhuis *et al.*⁽⁵⁾ reprennent et développent les idées déjà avancées par Pierre Janet sur la dissociation pour expliquer ce fonctionnement : une personnalité traumatique ou émotionnelle fonctionnerait chez la personne souffrant de syndrome post-traumatique de manière dissociée d'une personnalité apparemment normale. La partie "personnalité émotionnelle" serait composée d'expériences sensori-motrices intenses, accompagnées d'affects négatifs en relation avec le trauma originel, tandis que la partie "personnalité apparemment normale" serait composée des schèmes normaux de la vie quotidienne, et serait associée à l'évitement des mémoires traumatiques, à une attitude de détachement, d'engourdissement, et à une amnésie partielle ou complète de l'événement traumatogène. Ces deux personnalités seraient associées à des sens du *self* différents, à des mécanismes neurobiologiques différents, et fonctionneraient en alternance. Elles résulteraient de l'incapacité à intégrer l'événement traumatique.

Lorsque la personnalité émotionnelle est activée par les stimuli ou réactions qui rappellent l'événement traumatique, l'individu est plongé dans l'état traumatique et rien ne lui permet de se raccrocher à son mode de représentation, à son sens d'identité habituel, ni à l'orientation normale dans le temps et dans l'espace. Pour que le rappel de l'événement ne réentraîne pas l'état traumatique, il faudrait donc qu'il puisse être traité par les systèmes supérieurs pour déboucher sur une mémoire explicite.

La facilitation du passage des éléments traumatiques d'une mémoire implicite à une mémoire explicite est donc l'un des points essentiels à considérer dans le traitement du syndrome post-traumatique. Ce passage ne peut se faire que si le niveau d'éveil physiologique peut être maintenu dans des limites qui permettent le traitement correct des informations traumatiques, selon le modèle de la modulation de l'éveil de Seigel⁽¹²⁾ (figure 1).

L'intérêt de l'approche somatique réside en ce qu'elle peut traiter directement l'expérience traumatique parce qu'elle tient compte des expériences et souvenirs tels qu'ils sont encodés (encodage mnésique implicite, fragmenté et somato-sensori-moteur). Les sensations corporelles permettent une voie d'accès directe à l'esprit inconscient et aux parties plus anciennes et primitives du cerveau dans lesquelles l'expérience reste "encodée". De plus, le travail avec ces sensations permet la gestion du niveau d'éveil physiologique de la personne pendant le travail thérapeutique. Les interventions somatiques fournissent de l'information sur le pattern physiologique de l'expérience traumatique et facilitent l'accès aux ressources biologiques nécessaires pour défaire ces patterns.

L'APPROCHE SOMATIQUE DE MARYANA ECKBERG

Eckberg distingue trois phases dans l'approche somatique⁽⁶⁾. Ces phases se déroulent globalement dans un ordre chronologique linéaire. Il est possible cependant de devoir revenir à une phase précédente pour approfondir le travail effectué (figure 2). Au début de l'intervention psychothérapeutique, en même temps que la mise en place d'une relation de confiance, il s'agit avant tout d'éduquer et d'aider la personne confrontée au trauma à contenir et à stabiliser les réactions post-traumatiques dont elle souffre. Ensuite, elle devra renégocier le matériel traumatique afin de l'intégrer dans son identité (sens du soi) et se construire une narration personnelle et cohérente. Enfin, le psychothérapeute veille au rétablissement de la capacité à éprouver du plaisir et des expériences positives.

1^{ÈRE} PHASE : STABILISATION, ÉDUCATION ET CONTENANCE

La stabilisation des symptômes/réponses somatiques du patient, et donc du niveau d'éveil physiologique, est déjà amorcée par le travail direct sur les symptômes et/ou les réponses somatiques. Le patient a le sentiment d'être pris en main par quelqu'un qui n'a pas peur des réactions corporelles. Il n'a pas l'obligation de parler du trauma à tout prix. De plus, il a rapidement accès à une compréhension de son fonctionnement somatique, émotionnel et psychologique face au trauma. La partie pédagogique "d'éducation au trauma" est également de nature à stabiliser l'état de la personne. Son fonctionnement somatique peut être abordé et compris à partir des éléments concrets de son expérience, et mis en lien avec les éléments subjectifs de son vécu, provenant de son caractère, son histoire de vie, ses origines socio-culturelles et professionnelles. Enfin, le concept de "contenance" est fondamental dans le travail avec tout type de trauma psychique. Ce concept fait référence à la capacité

à dégager un espace physique, psychique et relationnel pour le vécu ; un espace dans lequel les représentations peuvent s'élaborer. Cette capacité de contenance, nous la développons déjà bébé, au travers de nos expériences et avec l'appui de la présence physique, de l'intérêt et des représentations que les adultes nous offrent. Elle peut nous faire cruellement défaut dans l'expérience traumatique, vu que les capacités du système psychique à éprouver, à réagir et à représenter ont été dépassées.

L'une des tâches du psychothérapeute est d'aider la personne traumatisée à reconstruire ou développer une capacité de contenance pour pouvoir intégrer l'expérience traumatique. Il s'agit de l'aider à supporter l'intensité de l'expérience vécue et à construire sa représentation de cette expérience. Dans ce travail, le psychothérapeute fonctionne comme un contenant, c'est-à-dire un support psychique externe pour l'expérience de la personne. Mais il va également au-delà de ce rôle de simple support en mobilisant les ressources propres de celle-ci. Tout particulièrement, il s'attache à réengager le corps dans une mobilisation positive de l'énergie car, dans la logique de la perspective somatique, le contenant psychique interne se développe à partir d'un appui corporel. Cet appui corporel est défaillant dans les états de choc, car l'organisme reste dans un état de contraction : la respiration est réduite à l'inspiration et surtout à l'expiration, du fait de la paralysie et/ou de l'immobilisation du diaphragme, les différents tissus cellulaires sont fortement contractés (le mouvement énergétique est centripète).

Le réengagement du corps se fait en travaillant à la respiration et à la détente des tissus conjonctifs et musculaires. Il faut aider la personne à redévelopper la force d'expansion ou force centrifuge de l'organisme vers la périphérie, la ramener à un sens de maîtrise d'elle-même, par exemple en proposant des jeux progressifs de contraction et décontraction (cf. la technique de Jacobson). Tout cela va également dans le sens d'accroître les sensations et la conscience des mécanismes somatiques engagés. Enfin, le travail des images positives accessibles et leur association avec des sensations corporelles plus positives renforcent les mouvements de réexpansion de l'organisme et augmentent sa capacité à contenir.

Parallèlement, au fil des séances, la relation entre le patient et son psychothérapeute se construit. Le psychothérapeute et les outils psychocorporels utilisés (exercices physiques, somato-sensori-émotionnels) deviennent un réel support sur lequel le patient peut s'appuyer. Ce développement de la capacité à contenir sur le plan somatique, psychique et relationnel stabilise l'état de la personne et lui donne une meilleure possibilité de traiter l'expérience traumatique sans qu'il n'y ait à nouveau dissociation, "survolage", ou dépassement de capacité.

2^{ÈME} PHASE : RENÉGOCIATION, RÉORGANISATION ET INTÉGRATION

Dans cette deuxième phase, étant donné que la mémoire est contextuelle et dépendante des états (*state-dependent memory*), il est important de restimuler, réengager l'individu dans l'état altéré de conscience du trauma pour pouvoir accéder à l'ensemble des éléments fragmentés et dissociés, sinon la réorganisation n'est pas possible. L'objectif de la renégociation de l'expérience traumatique est de reconnecter l'individu avec ce qui a été perdu lors de l'événement traumatique, c'est-à-dire les réponses de base de défense et d'orientation, et de permettre leur mise en place et/ou aboutissement (cf. Levine ⁽³⁾). Le point critique de ce travail réside dans l'importance de ne pas faire revivre à nouveau l'expérience de perte de contrôle associée à l'expérience traumatique (souvent liée à l'hyperveil revenu spontanément en étant reconfronté à l'expérience traumatogène – figure 1). En effet, la terreur ressentie lors de l'expérience traumatogène est en relation avec le sens de perte de contrôle vécu à ce moment-là.

Pour pouvoir se sentir en contrôle lors de cette renégociation, le patient doit comprendre que reconnaître les émotions et réactions somatiques associées au moment de la traumatisation ne ramènent pas la situation (traumatogène) elle-même, ni la violence et l'impuissance qui y ont été associées. Les interventions somatiques facilitent cette renégociation délicate, parce que l'expérience traumatogène se revit avec les réactions somatiques et émotionnelles tout en restant "en charge" de son corps, de ses réactions et en gardant le contact avec la réalité du moment présent et avec le thérapeute. Le processus de traitement de l'information traumatique peut être ralenti, un peu comme dans un film dont on peut contrôler le déroulement.

Eckberg présente plusieurs principes de base pour la renégociation de l'expérience traumatogène (appelée traumatique dans la mesure où elle a été vécue comme une menace de mort directe et intense). Elle les tire du travail de Levine sur le trauma. Tout d'abord, le "titrage", terme issu de la chimie, permet de contrôler la réaction pour que seulement un peu de quantité d'énergie soit relâchée à chaque moment (sinon il y aurait une explosion intense d'émotion et d'éveil physiologique). Le travail se fait en laissant de l'espace pour ces réactions et en les décortiquant en éléments : images ou sensations les plus concrètes possibles. Par exemple : "j'ai peur". Alors demander : "où dans votre corps sentez-vous la peur?". La personne peut répondre : "ici dans ma poitrine". Alors demander : "et comment cette peur se manifeste-t-elle dans votre poitrine?"... Ce travail au ralenti permet d'ouvrir de l'espace pour démêler des réponses qui ont été mêlées, et pour associer et compléter des réponses qui ont été dissociées.

En second lieu, l'identification des patterns de réponses permet au patient de sortir de la réponse d'immobilisation (liée

au moment initial de la traumatisation) pour se réengager dans des réponses défensives et d'orientation. Le psychologue observe et nomme les réponses qu'il perçoit. Par exemple : "je vois vos paupières qui bougent, votre respiration devient plus superficielle, vos jambes et vos bras tremblent un peu". Comme il s'agit bien des réponses du patient qui doivent être explorées et reconstruites, il faut veiller à ne pas suggérer des réponses qui ne lui appartiennent pas.

Enfin, l'exploration du nœud traumatique ne peut se faire qu'avec l'appui sur les expériences positives et les ressources existantes chez la personne. Levine propose les concepts de vortex traumatique et (contre)vortex guérisseur pour mieux comprendre le processus de "guérison" du trauma. L'énergie de l'organisme est attirée par ce que Levine appelle le vortex traumatique. Ce vortex est le résultat d'une brèche dans l'enveloppe psychique qui sert à contenir le monde de nos expériences et nos représentations. Cette brèche attire l'ensemble de l'énergie de l'organisme qui s'engouffre dans la brèche, comme l'eau d'une baignoire est attirée irrésistiblement dans le siphon d'évacuation. Le risque est grand de se sentir "aspiré" hors de soi lors d'une expérience traumatique : on se trouve face à un ensemble de perceptions et réactions traumatiques qui ne font pas sens et qui sont revécues en boucle fermée (cf. le syndrome de répétition traumatique). Ou bien l'on adopte une position défensive en évitant de se laisser aspirer par cette brèche traumatogène. Cela se fait en se contractant et en adoptant des attitudes d'évitement et de détachement. Mais alors, on n'est plus capable non plus de vivre pleinement son expérience intérieure et de relation au monde.

Levine émet l'hypothèse qu'il existe un vortex guérisseur de sens inverse à celui du vortex traumatique, c'est-à-dire un centre de force spirale inverse qui permet de prendre le contre-pied du vortex traumatique, et dont la force peut être développée. Ce vortex naît juste à la base du vortex traumatique et réside encore à l'intérieur de notre monde habituel de représentations. En augmentant la force de ce vortex, on équilibre les deux vortex et on leur permet de s'intégrer, ce qui a pour effet de colmater la brèche. Concrètement, cela se fait en explorant les expériences sensorielles liées au trauma. C'est dans ces expériences que l'on trouve les germes des réactions que la personne aurait voulu déployer et qui ont été barrées par la réalité de la situation et/ou son propre Moi. En faisant vivre ces expériences "guérisseuses" et en les laissant se dérouler, une mobilité peut s'engager. L'individu peut passer alternativement d'un vortex à l'autre. Nous nous trouvons alors dans un processus bipolaire comme un mouvement de balancier, propre au fonctionnement humain. Progressivement, les deux pôles de l'expérience traumatique peuvent s'intégrer au fur et à mesure que les images, sensations, représentations centrales du trauma et du potentiel guérisseur deviennent accessibles à la conscience.

3^{ÈME} PHASE : EXPANSION ET CAPACITÉ À ÉPROUVER DU PLAISIR

Le développement de la conscience/éveil sensoriel permet de se détacher de l'état traumatique et de pouvoir se réengager dans de nouvelles expériences positives et d'éprouver du plaisir. Ce processus de gestion de soi orienté vers le plaisir est déjà mis en route dans les étapes précédentes. La sensation de support qui se développe grâce à la relation de confiance et la stabilisation des réponses traumatiques constitue déjà un premier pas. Le réengagement du corps (dans sa globalité physique et psychologique) permet la remobilisation de l'énergie et de réinstaller une capacité de contenance au-delà de l'expérience traumatique. L'appel aux ressources personnelles et aux expériences positives rouvre la voie d'accès aux stimuli positifs. Il reste à laisser un espace pour qu'il y ait consolidation de ce mouvement vers l'expansion et le plaisir, en accueillant les expériences positives que la personne ramène de sa vie quotidienne, et en laissant la place pour de telles expériences dans les séances de psychothérapie.

VIGNETTE CLINIQUE

Un policier – Monsieur V. – vient me consulter alors qu'il s'apprête à reprendre son travail, quatre mois après un accident de voiture survenu en service. Il n'a plus de motivation au travail, il est anormalement irritable et il a peur de perdre le contrôle de son véhicule. Plusieurs fois, en situation de conduite, il a des flash-backs. Il revoit les phares de la voiture qui les a percutés, il se sent étourdi, et le champ visuel bascule autour de lui. Sa manière de vivre est en train de s'orienter autour de l'évitement de ce symptôme. Monsieur V. a une trentaine d'années, il est policier de zone rurale, avec des principes de vie forts et étroits, basés sur l'influence familiale rurale et la culture policière machiste. L'accident auquel il a survécu est une collision frontale sur autoroute, à 120 km/h, avec un véhicule fantôme (venant en sens inverse). Il n'a pas été blessé gravement en tant que passager, mais son collègue conducteur a été grièvement blessé et le conducteur de l'autre véhicule est décédé.

Dans la première phase de la thérapie, de stabilisation, éducation et contenance, il y a un contexte d'insécurité. Monsieur V. est tout d'abord reconfronté régulièrement aux stimuli déclencheurs de la réaction traumatique de panique, en situation de conduite la nuit et au travail avec un véhicule de service. Ensuite, il ne sait pas s'il va pouvoir conserver à terme son travail de policier de brigade sur le terrain alors qu'il n'est plus suffisamment opérationnel. Ce sentiment d'insécurité professionnelle est exacerbé par la restructuration en cours de son institution policière : il a peur de perdre sa place en région rurale s'il ne redevient pas totalement opérationnel. Enfin, sur le plan familial, son fils de quatre ans et demi développe une maladie rare avec des risques de

séquelles (une tumeur intervertébrale). Face à ce problème de santé, Monsieur V. a peur pour son fils et se sent impuissant. Il ne supporte pas le paradoxe d'un milieu médical qu'il vit comme étant à la fois tout-puissant et dominant, et impuissant vis-à-vis du problème de son fils.

En début de travail, le soutien thérapeutique s'oriente d'abord vers la gestion de ses symptômes. Des outils sont proposés pour soutenir et stabiliser ses réactions émotionnelles d'irritabilité et de panique. Le travail de relaxation et respiration amène Monsieur V. à se détendre un peu, à disposer d'un outil pour gérer ses crises de panique lorsqu'elles surviennent, et à rentrer dans le monde des sensations et du ressenti. Le réengagement du corps est poursuivi en travaillant sur les tensions musculaires et les blocages énergétiques. Des postures sont proposées pour étirer le diaphragme, les muscles thoraciques et le larynx d'une part (étirement en arc, vers l'arrière, notamment à l'aide du tabouret utilisé en analyse bioénergétique) et la chaîne musculaire postérieure d'autre part (étirement en se penchant vers l'avant, en arc inversé). Des actions physiques d'expression sont proposées à partir du vécu émotionnel d'impuissance et de révolte présent. Cette première phase de la thérapie est vécue par Monsieur V. de manière passive et "non engagée". Il croit encore que la survenue régulière de ses symptômes finira par passer toute seule. L'écoute des symptômes et le travail sur le corps amène Monsieur V. à passer progressivement d'un discours-monologue plaintif où il parle des "choses" qui lui arrivent, à un discours-dialogue sur le ressenti somato-sensoriel. Le vécu d'impuissance et les réactions associées à ce vécu se déploient un peu corporellement et psychologiquement, grâce au travail corporel et à un début de mise en lien de son vécu avec les éléments de son histoire.

La deuxième phase de la thérapie, de renégociation, réorganisation et intégration du trauma, ne s'enclenche dans le cas de Monsieur V. qu'après deux ans de travail. La lente construction du lien ainsi qu'un début d'élaboration ne se mettent en place qu'après une restauration suffisante du sentiment de sécurité et une première élaboration de son vécu. Ma place dans l'institution est en même temps un moteur et un frein à la thérapie, parce que je suis associée par extension au cadre dans lequel le trauma s'est produit. Monsieur V. est au départ dans une demande implicite que "je" répare, et il ne conçoit pas d'aller voir ailleurs pour son traitement. Mais, en même temps, cette attitude l'empêche de s'engager comme sujet actif et autonome de sa démarche d'aide. Le vécu d'impuissance de Monsieur V. est amplifié par une telle attitude et rejoint des éléments historiques autour desquels son caractère s'est construit. Ces éléments s'élaborent plus concrètement dans la deuxième et la troisième phase

de la thérapie. Sa mère était toute-puissante et omniprésente dans son quotidien d'enfant et même de jeune adulte. Elle régentait pratiquement tout de la vie familiale et de la vie de Monsieur V. Son vécu psychique n'avait pas de place en tant que tel dans le monde psychique de sa mère. Monsieur V. a construit sa relation aux autres et à l'institution de cette manière, en attendant tout de l'autre, sans qu'il n'y ait besoin de formulation, et sans se créer un espace psychique propre.

Cette façon d'être au monde l'a maintenu dans un vécu d'impuissance, de frustration et de rage, vu qu'il n'a pu développer une autonomie réelle. Ce même vécu dramatique est également à la base de ce qu'il a vécu dans l'accident et la confrontation à la mort. Cette collision l'a mis face à lui-même et à sa peur d'être seul : son collègue qu'il a tout d'abord considéré comme mort, et les secours qu'il percevait comme n'arrivant pas. Tout cela était amplifié par son incapacité à réaliser quoi que ce soit d'utile, et ce malgré le fait qu'il n'avait rien de "cassé" : il ne savait pas

ouvrir la porte, sortir de la voiture, ni, une fois secouru, bouger ses jambes.

Ce sont des éléments externes de sécurité dans le quotidien de Monsieur V. qui contribuent au passage à la deuxième phase de la thérapie : la résorption de la tumeur de son fils et le poste administratif d'assistance opérationnelle qu'on lui propose dans le cadre de la mise en place de la Zone de police à laquelle il appartient. À partir de là, il se permet d'aller plus loin dans l'exploration de son vécu traumatique. Le travail psychocorporel engagé est du même type que celui décrit plus haut, mais les sensations et réactions traumatiques se déploient et peuvent donc être abordées dans le vécu des séances. À deux reprises, d'ailleurs, nous nous trouvons plongés dans la situation même. Monsieur V. se trouve sans mots et "réaction" apparente. La notion de temps et d'espace est perturbée tant chez lui que chez moi. J'ai l'impression d'avoir basculé avec lui 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 Monsieur V. Des sensations fines liées à ces chocs émergent. Ainsi, il ressent son corps comme de travers, avec des fortes tensions aux genoux et aux bras. Ces sensations semblent en rapport avec le désir et l'effort qu'il a mis en place pour essayer d'éviter la collision dans la fraction de seconde où il l'a vue venir : se tendre très fort pour se déporter sur le côté et vers l'arrière de l'habitacle (comme si son corps avait une capacité élastique), freiner avec la force de ses jambes, repousser l'autre voiture avec la force de ses bras. Mais il ressent aussi 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. Cela me semble bien correspondre à la tension

*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 ?*

*corps
Les sept plumes*

de l'aigle.

extrême déployée pour résister au choc tant physique que psychique (le face à face avec la mort) et “tenir ses morceaux ensemble” face à ces chocs. Ces tensions ont peut-être bien permis à Monsieur V. de survivre. 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 d’ailleurs nettement visible en séance. C’est donc dans le 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 n’est qu’après ce travail que Monsieur V. peut intégrer davantage l’empreinte de la “scène” familiale sur lui, sur sa façon d’aborder le monde, de réagir et, à partir de là, donner sens à son vécu traumatique. Parallèlement, il se stabilise dans sa nouvelle fonction au sein de la police et se pose des questions sur comment intégrer dans sa vie quotidienne ce qu’il a acquis de “bon” dans l’espace thérapeutique. Ce questionnement marque l’atteinte de la troisième phase du traitement du trauma en ouvrant de nouvelles perspectives à Monsieur V. dans son quotidien. Ce n’est cependant pas pour lui le bout de son chemin thérapeutique. Des éléments de son caractère restent à ouvrir plus profondément s’il veut se désengluier des mécanismes peu adaptatifs qui sont toujours à l’œuvre dans son quotidien. Il lui appartiendra d’aller plus loin dans un travail ultérieur, hors de l’institution, puisque cette dernière n’a pu lui offrir cette possibilité.

DISCUSSION

L’approche décrite ci-dessus prend en compte dans les grandes lignes les mêmes étapes pour le processus thérapeutique que celles recommandées par Van der Kolk *et al.* ⁽¹³⁾ dans leur chapitre sur une approche générale du traitement du PTSD (*posttraumatic stress disorder*). Ces auteurs parlent de stabilisation, de déconditionnement des mémoires et réponses traumatiques, et de restructuration des schémas cognitifs liés au trauma. Ces étapes sont sensées être valables pour l’ensemble des approches thérapeutiques, même si les approches non cognitivo-comportementales ne découpent pas le travail thérapeutique en étapes de manière formelle. Les principes guidant ces étapes restent d’ailleurs applicables pour l’ensemble des interventions psychosociales en phase péri- ou post-trauma, qu’elles aient une visée préventive ou de traitement : le travail de stabilisation du niveau d’éveil physiologique de la personne et de ses réactions est essentiel, comme le montre le modèle de Seigel (figure 1). C’est là le point fort de l’approche somatique. Le travail avec le corps permet d’évaluer et moduler plus correctement le niveau d’éveil physiologique de la personne traumatisée ou en état de choc. Il place également d’emblée les sensations et réactions physiques dans le champ de l’intégrable. La prise en compte des aspects somatiques du trauma permet de

mieux tenir compte des manifestations qui sont en-deçà du niveau verbal et qui, vu leur intensité, inhibent l’intégration verbale et mentale du trauma. L’aspect somatique de l’approche décrite ici peut être conçu comme un élargissement du champ de travail psychothérapeutique. Cet élargissement est à la croisée des chemins des approches comportementales, analytiques, humanistes et psychocorporelles.

Les auteurs référencés dans cet article, comme Eckberg, Levine, Rothschild, Van der Kolk, Nijenhuis, Van der Hart et Steele, proposent une approche psychocorporelle qui tient compte des découvertes récentes sur le fonctionnement de la mémoire et du système nerveux en cas d’expérience traumatogène et de syndrome traumatique subséquent. En cela, leurs recommandations pour le travail sur la mémoire traumatique se rejoignent dans les grandes lignes. Cependant, chacun utilise des outils supplémentaires et une coloration du cadre de base différente selon les spécificités qui lui sont propres. Ainsi, pour Rothschild, Van der Kolk et Nijenhuis, le travail systématique sur les sensations corporelles est inspiré des techniques cognitivo-comportementales de la gestion de soi. L’aspect relationnel et transférentiel est peu abordé. Levine, lui, travaille plus avec les métaphores. Anngwyn Sint-Just, ancienne associée de Levine et directrice du *Center for social trauma* (Boulder, Colorado), inclut une dimension historique et systémique à son travail. Les thérapeutes en analyse bioénergétique incluent quant à eux le travail de la relation et du transfert, ainsi que le développement de l’énergie vitale.

Par ailleurs, vu les manifestations somatiques plus importantes, la question du toucher se pose avec plus d’acuité dans les approches psychocorporelles des traumas psychiques. Des réponses différentes sont données selon les courants thérapeutiques. Rothschild met en garde explicitement et estime qu’il vaut mieux ne pas toucher, car le toucher pourrait être vécu comme intrusif pour des personnes ayant vécu des intrusions. Le toucher n’est d’ailleurs pas nécessaire, à quelques exceptions près, au bon fonctionnement de son modèle thérapeutique. Lewis, psychiatre-thérapeute et formateur en analyse bioénergétique, s’il met en garde de toucher une personne avant de s’être correctement informé sur son histoire d’intrusions, parle de l’importance du toucher juste face au trauma ⁽¹⁴⁾. Il ajoute, en 1999 : “*je crois que la relation entre patient et thérapeute est cruciale pour savoir si ce qui se passe en séance est vécu comme une renégociation ou une remise en scène cathartique traumatisante*” ⁽¹⁵⁾. En analyse bioénergétique, le toucher est utilisé pour aider la personne en thérapie à relâcher des tensions (par exemple en pressant sur des points de tensions musculaires), mais aussi comme un outil direct de support et d’engagement dans la relation. Lorsque la personne ne peut fondamentalement vivre la relation comme sécurisante en raison de son histoire – du fait du manque de support affectif dans son enfance, ou de son inadéquation –, la première phase de la thérapie prend du temps et implique la création

d'un espace de sécurité dans la relation et une possibilité de contenance relationnelle. Le rôle du thérapeute dans ces moments est plus actif et centré sur ce que Godfrind appelle le transfert de base ⁽¹⁶⁾, par opposition au transfert œdipien, ou ce que De Clerck ⁽¹⁷⁾ appelle le travail de la relation analytique, par opposition à la relation transférentielle. Le toucher a alors un rôle contenant car il permet à la personne en travail de se construire une identité à partir de la consistance de l'autre – thérapeute –, tout comme les interprétations verbales de l'autre ouvrent un espace transitionnel où il y a une possibilité d'élaboration du vécu psychique et de construction de l'identité (voir par exemple Godfrind ⁽¹⁶⁾ pour une analyse de la théorie analytique développée à partir des travaux de Winnicott). Ainsi, Monsieur V. prend vraiment conscience de ma présence pour lui lorsque, dans certains de ses moments d'impuissance, il ressent le besoin du toucher de l'autre, de mes "bras", et qu'il peut le vivre lorsque j'accueille sa tête sur mes genoux. Ce besoin peut alors se parler et s'élaborer, et bien sûr se cadrer. Il en résulte une plus grande confiance en lui pour s'exprimer, pour se montrer tel qu'il est.

CONCLUSION

Commencer avec le concret du somatique permet de créer plus directement un lien avec la personne traumatisée, en étant présent à la réalité de son vécu. Prendre en compte le somatique, c'est lui donner accès à un début de "re-présentation" du trauma, celui qui est déjà en germe chez elle, mais qui se situe à un niveau infra-verbal demandant à être perçu et décodé. Dans ce contexte, il peut être essentiel "d'animer" le corps, de le remettre en mouvement, en douceur, afin de le sortir de la torpeur ou paralysie du choc et de ramener les "sens" à la conscience. Ainsi, les symptômes physiques de Monsieur V. progressent tout au long de sa psychothérapie. Il vit son corps comme épuisé, lourd, oppressé par un poids. Ses genoux lui apparaissent bloqués et le gênent, alors que médicalement "il n'y a rien". Après les séances, il a l'impression de marcher sur des œufs, d'être en arrière de son corps et sur le côté. Pendant plusieurs semaines, il aura également la sensation d'un étai ou garrot autour de ses cuisses.

Cette approche est bien utile lorsque nous avons à faire à des personnes issues d'un milieu culturel et/ou professionnel où il y a peu d'élaboration psychique et émotionnelle. 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 Monsieur V., imprégnées de la culture policière et d'autres cultures de "macho" ou de "sauveur". ■

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

VAN DER KOLK

Harvard Review of Psychiatry

ROTHSCHILD

EVINE

NIJENHUIS E, STEELE

NIJENHUIS E, VAN DER HART O, STEELE

Journal of Child Sexual Abuse

ECKBERG

Bioenergetic Analysis

CROCQ

E SOIR E, VERMEIREN

AN DER KOLK BA, MCFARLANE AC, WEISAETH

VAN DER HART O, BROWN P, GRAAFLAND

Australian and New Zealand Journal of Psychiatry

VAN DER KOLK BA, FISLER

Journal of traumatic stress

SEIGEL

VAN DER KOLK BA, MCFARLANE AC, VAN DER HART

LEWIS

Bioenergetic analysis

LEWIS

Bioenergetic

Analysis

GODFRIND

E CLERCK

Le corps et l'ana-

lyse