

Pat Ogden, Kekuni Minton et Clare Pain

Le trauma et le corps

Une approche sensorimotrice
de la psychothérapie

Traduction de **Julien Bonnel**

Préfaces de **Daniel J. Siegel**
et **Bessel van der Kolk**



Le trauma et le corps

Carrefour des psychothérapies

Collection dirigée par Édith Goldbeter-Merinfeld

Carrefour des psychothérapies a pour objectif de proposer à un large public de psychothérapeutes (psychologues, psychanalystes, psychiatres, etc.) des ouvrages écrits par des professionnels portant sur les différentes approches psychothérapeutiques.

La collection accueillera également des ouvrages de réflexion sur la psychothérapie, ainsi que des auteurs qui apportent un éclairage original sur la pratique du thérapeute.

Résolument pluridisciplinaire, la collection est avant tout dédiée à la rencontre de pratiques et de théories d'orientations très diversifiées.

Dans la même collection

Janina FISHER, *Dépasser la dissociation d'origine traumatique. Soi fragmenté et aliénation interne.*

Kathy STEELE, Suzette BOON et Onno VAN DER HART, *Traiter la dissociation d'origine traumatique. Approche pratique et intégrative.*

Onno VAN DER HART, Ellert R.S. NIJENHUIS et KATHY STEELE, *Le soi hanté. Dissociation structurelle et traitement de la traumatisation chronique.*

Suzette BOON, Kathy STEELE et Onno VAN DER HART, *Gérer la dissociation d'origine traumatique. Exercices pratiques pour patients et thérapeutes.*

Pat Ogden, Kekuni Minton et Clare Pain

Le trauma et le corps

Une approche sensorimotrice
de la psychothérapie

Traduction de **Julien Bonnel**

Préfaces de **Daniel J. Siegel, M.D.**, et **Bessel Van Der Kolk, M.D.**

Postface de **Bernard Mayer** et **Françoise Pasqualin**

Trauma and the body. A sensorimotor Approach to Psychotherapy, by Pat Ogden, et al.

© 2006 by W.W. Norton & Company, Inc.
All rights reserved



REMERCIEMENTS :

Nous remercions M Bernard MAYER et M^{me} Françoise PASQUALIN, professionnels de la santé, co-fondateurs de L'IETSP [Institut Européen de Thérapies Somato-Psychiques / www.ietsp.fr] qui ont contribué à la parution de la version française de ce livre. Ils ont permis aussi, l'introduction et l'organisation en France, des 1^{re} formations de PSYCHOTHÉRAPIE SENSORIMOTRICE® « SENSORIMOTOR PSYCHOTHERAPY® ».

Bernard MAYER – IETSP, 41 rue Boissière – 75116 PARIS

Françoise PASQUALIN – IETSP, 1 Place de l'Homme de fer – 67000 STRASBOURG

Pour toute information sur notre fonds et les nouveautés dans votre domaine de spécialisation, consultez notre site web : **www.deboecksuperieur.com**

© De Boeck Supérieur s.a., 2021
Rue du Bosquet, 7 – B-1348 Louvain-la-Neuve

Tous droits réservés pour tous pays.

Il est interdit, sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, de reproduire (notamment par photocopie) partiellement ou totalement le présent ouvrage, de le stocker dans une banque de données ou de le communiquer au public, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit.

Dépôt légal :
Bibliothèque nationale, Paris : mars 2021
Bibliothèque Royale de Belgique, Bruxelles : 2021/13647/044

ISSN : 1780-9517
ISBN : 978-2-8073-3448-9

À la mémoire de Martha Barth Ogden, 1904-2001

Sommaire

Sommaire	7
Remerciements	9
Préface de l'éditeur de la série	13
Préface	17
Introduction	29

Partie I Théorie

CHAPITRE 1.	Traitement hiérarchique de l'information : dimensions cognitive, émotionnelle et sensorimotrice	41
CHAPITRE 2.	La fenêtre de tolérance : la capacité de moduler l'activation	67
CHAPITRE 3.	L'attachement : le rôle du corps dans la régulation dyadique	85
CHAPITRE 4.	La réponse d'orientation : réduire le champ de conscience	113
CHAPITRE 5.	Sous-systèmes défensifs : réponses de mobilisation et d'immobilisation	137
CHAPITRE 6.	L'adaptation : le rôle des systèmes d'action et des tendances à l'action	163
CHAPITRE 7.	Le trauma psychologique et le cerveau : vers un modèle de traitement neurobiologique	199

Partie II

Traitement

CHAPITRE 8.	Principes de traitement : mise en pratique de la théorie	227
CHAPITRE 9.	L'organisation de l'expérience : ressources pour le travail corporel dans le moment présent	253
CHAPITRE 10.	Phase 1 du traitement : développer des ressources somatiques stabilisatrices	273
CHAPITRE 11.	Phase 2 du traitement : traiter les souvenirs traumatiques et restaurer les actes de triomphe	305
CHAPITRE 12.	Phase 3 du traitement : intégration et succès dans la vie quotidienne	343
Posftace		381
Bibliographie		385
Index des sujets		415
Index des auteurs		431
Table des matières		441

Remerciements

Ce livre a été influencé et façonné par de nombreuses personnes qui ont soutenu notre travail, inspiré notre réflexion, ont agi comme des « caisses de résonance », et nous ont accompagnés sur trois décennies de développement professionnel. Nous sommes redevables au conseil consultatif de l'Institut de psychothérapie sensorimotrice dont de nombreux membres contribuent régulièrement au développement de la conceptualisation scientifique de notre travail : David Baldwin, Emilie Conrad, Ron Kurtz, Ruth Lanius, Reo Leslie, Ian Macnaughton, Peter Melchior, Melissa Miller, Martha Stark, Clare Pain, Allan Schore, Ellert Nijenhuis, Kathy Steele, Onno Van der Hart, et de Bessel van der Kolk.

En particulier, il nous semble important de noter combien Bessel van der Kolk a influencé notre travail, et nous lui exprimons tous nos remerciements pour les innombrables discussions, commentaires, mais aussi pour l'inspiration et le soutien sans faille dans notre quête de compréhension des neurosciences, ainsi que de la théorie et de la technique sensorimotrices. En outre, nous sommes fort reconnaissants pour les pratiques, les théories pointues sur la dissociation et les systèmes d'action développés par Onno Van der Hart, Kathy Steele et Ellert Nijenhuis ainsi que pour la dynamique de collaboration que nous entretenons avec eux. Ce partenariat a changé notre façon de concevoir les traumatismes et la façon dont nous travaillons avec nos patients. Nous tenons également à remercier Allan Schore, qui a pris le temps nécessaire et s'est investi afin de nous aider à comprendre l'interface entre le développement neurologique et la pratique clinique. Son travail a fortement influencé notre compréhension de la psychothérapie. Nous sommes également reconnaissants de la confiance de Ruth Lanius dans ce travail et de la pertinence de ses réflexions pour la prise en charge des personnes les plus gravement traumatisées. Nous la remercions pour ses contributions à cet ouvrage, et surtout

pour ses éclairages relatifs aux implications possibles des recherches en cours en neurosciences pour le traitement des traumatismes.

Nous tenons également à remercier les collègues qui ont influencé notre façon de penser au fil des années: Jon Allen, Betty Cannon, Rich Chefetz, Marylène Cloitre, Christine Courtois, Charles Figley, Judith Herman, Ilan Kutz, Sue Kutz, Ulrich Lanius, Rudolpho Llinas, Karlen Lyons-Ruth, Sandy McFarlane, Laurie Pearlman, Steven Porges, Pat Sable, Allen Schefflin, Judith Schore, Arie Shalev, Dan Siegel, Marion Salomon et David Spiegel.

Bon nombre des théories faisant référence au corps et certaines interventions décrites dans ce livre s'inscrivent dans le domaine de la psychothérapie corporelle. Le pionnier dans ce domaine mérite un énorme remerciement: Ron Kurtz. Pendant plus de 30 années, ce dernier a été notre mentor et une des sources majeures d'inspiration pour la psychologie somatique. Ses idées et ses interventions constituent la fondation même de la psychothérapie sensorimotrice.

Nous sommes également reconnaissants à bien d'autres personnes appartenant non seulement à notre discipline, mais aussi à d'autres: Susan Aposhyan, Paul Joël, Marianne Bentzon, Bill Bowen, Christine Caldwell, Emilie Conrad, Fred Donaldson, Annie Duggan, Peter Levine, Richard Strozzi Heckler, Emmett Hutchins, Jim Kepner, Aubrey Lande, Ian Macnaughton, Lisbeth Marcher, Al Pessio, Thomas Pope, Marjorie Rand, Bert Shaw, Kevin Smith, Betta van der Kolk, et Halko Weiss. Par ailleurs, notre profonde gratitude s'étend à Peter Melchior, qui est décédé avant la publication de ce livre: merci pour les heures de remue-méninges qu'il a effectuées avec nous sur la structure et le mouvement du corps. Il nous a aidés à concevoir la carte des ressources somatiques (chapitre 10) au cours d'un après-midi estival, il y a quelques années.

Tant de personnes ont directement contribué à la rédaction de ce livre... Nous remercions Christine Caldwell et Charles Figley, qui ont été les premiers à nous encourager à l'écrire, et Dan Siegel, qui nous a incités à soumettre une proposition à Norton et nous a si généreusement aidés à affiner notre terminologie juste avant la publication. David Baldwin, Lana Epstein, Julian Ford, Mary Sue Moore et Steven Porges ont relu certains chapitres, et nous leur sommes très reconnaissants. Nous sommes redevables envers Bonnie et Mark Goldstein pour le temps précieux, l'énergie et la compétence qu'ils ont dédiés à ce projet, afin de le mener à terme. Kathy Steele mérite des remerciements particuliers pour les encouragements qu'elle nous a si généreusement donnés, pour son expertise et son apport pointu en matière d'édition lors des moments difficiles.

Onno Van der Hart nous a également aidés de la sorte, et nous le remercions pour son soutien généreux et constant à la mise en forme et à l'élaboration des concepts. Nous avons apprécié son investissement dans la rédaction

de chaque chapitre, et son encouragement sur le plan émotionnel. Enfin, les compétences de Janina Fisher ont contribué à la qualité de ce livre. Pour son travail d'édition exceptionnel, combiné à sa compréhension de la théorie inhérente à la psychothérapie sensorimotrice, ainsi que de sa connaissance de la technique, nous la remercions. Elle aura été notre « quatrième auteure » par son travail d'étude, de correction des parties problématiques de notre ouvrage, et d'apport de contributions inédites à chaque section de ce livre.

Les formateurs fondateurs de l'Institut de psychothérapie sensorimotrice, Christina Dickinson et Dan Thomas, auxquels se sont joints plus récemment les formateurs de niveau avancé Deirdre et Janina Fisher, ont participé à d'innombrables sessions de brainstorming, et nous les remercions pour leur collaboration, leur sagesse, leur soutien affectif ainsi que leur dévouement quant à l'enseignement de cette pratique. Nous sommes reconnaissants à Jennifer Fox qui, avec compétence et bonne humeur, a assuré le bon fonctionnement de l'Institut de psychothérapie sensorimotrice durant la période où Pat se consacrait à son travail de rédaction ; de même à Jennifer Ryder qui n'a reculé devant aucun obstacle pour compléter la liste des références. Merci également aux personnes de l'institut Norton : Deborah Malmud, Andrea Costella, Michael McGandy, Rouble Casey, et Margaret Ryan, pour leur patience et leurs conseils tout au long de notre travail d'élaboration.

Sur une note plus personnelle, Pat tient à remercier Susan Aposhyan, le regretté Paul Joel, Susan Melchior, Ria Moran, et Kali Rosenblum pour leur indéfectible soutien affectif au cours des années de rédaction. Nous exprimons beaucoup de reconnaissance aux enfants (grands et petits) de sa famille élargie pour leur humour et leur patience : Darci Hill ; ses filleuls, Jovanna Stepan, Allison Joel et Quinsen Joel et, plus particulièrement, son fils Arnold Brennan. Merci pour son indéfectible soutien émotionnel, mais également son aide pratique. Kekuni tient à remercier sa famille, Terrell Smith Minton et Kealoha Mali Minton, pour leur incroyable patience et leur soutien pour la rédaction de cet ouvrage. Clare tient à remercier sa famille et ses amis ; en particulier Judy, Bill, Christine et Josh pour leur équilibre et leur humour.

Enfin, nous remercions tout particulièrement nos étudiants et nos patients qui nous ont mis au défi, inspirés, et, finalement, nous ont appris la plus grande part de ce que nous savons sur la psychothérapie.

Préface de l'éditeur de la série

Daniel J. Siegel, M.D.

Une perspective interpersonnelle neurobiologique s'appuie sur un large éventail de disciplines afin de créer une image intégrée de l'expérience humaine et du développement en matière de bien-être. À partir de résultats parallèles provenant de différents domaines scientifiques – outre la pratique clinique et les arts expressifs et contemplatifs –, cette approche convergente pour la compréhension de « l'être humain » tente de tisser une vision plus élargie pour notre expérience subjective. En réunissant des vecteurs de savoirs qui sont souvent disparates, cette initiative a pour objectif d'élargir notre vision de l'esprit et de promouvoir le bien-être des individus, des couples, des familles, des collectivités et de notre société en général.

Le trauma a un impact important sur tous les aspects de notre civilisation ainsi que sur la vie de ses individus. Pourtant, la réalité du traumatisme est souvent négligée dans la manière dont sont abordées les questions sociétales en matière de politique publique, d'éducation et d'allocation de ressources en ce qui concerne la promotion de la santé mentale. Comment peut-on être si aveugle à la douleur inhérente au trauma ? Lorsque nous écrivons des livres ou abordons un problème, nous faisons souvent appel à des concepts et des mots qui nous éloignent de la réalité du sujet. Lorsque nous pensons, nous le faisons souvent en mots, créant ainsi des idées abstraites limitées par un cadre linguistique imposé. Ces mots, élaborés à partir de cadres théoriques, sont importants en ce qu'ils nous offrent un certain recul qui nous permet de nous soustraire à la dimension immédiate, nous faisant ainsi accéder à une perspective plus globale de l'image que celle fournie par la sensation directe. L'avantage de cette distance procurée par l'expérience est de nous donner une vision plus claire de l'ensemble en créant une perspective plus large d'une entité générale. Toutefois, les idées abstraites symbolisées à l'aide de mots peuvent également entraver le processus qui nous permet de percevoir les éléments de l'expérience humaine qui relèvent « du vécu ».

Il est souvent préférable qu'un tel savoir «expérientiel» soit directement élaboré par le biais de la voie sensorielle. Sans un équilibre entre le monde non linguistique des images, celui des images et les sensations, la nature attrayante des mots et des idées peut nous empêcher d'accéder à une expérience directe dans notre vie quotidienne et dans notre travail professionnel. Sur le plan social, un tel déséquilibre peut nous maintenir dans un état de déni. Dans un cadre psychothérapeutique, si l'on se concentre principalement sur un type de pensée basé principalement sur des mots et des récits, la thérapie peut être limitée à un niveau superficiel de manière à ce que les traumatismes persistent. Une trop grande importance accordée à la pensée logique, linguistique, linéaire et littérale, peut nous inciter à nous égarer des fonctions d'autorégulation liées au non-verbal, ce qui inclut des procédés davantage de nature holistique, auto-narratifs, régulateurs du stress. Le lien entre ces deux manières de concevoir les choses certes fort différentes, mais toutes deux importantes, représente l'essence même de l'équilibre dans nos vies. C'est justement ce lien qui nous permet de comprendre les expériences complexes telles que les traumatismes.

La neurobiologie interpersonnelle est essentiellement axée sur la notion que l'intégration est au cœur du bien-être. L'intégration est conçue comme étant la mise en relation d'éléments différenciés afin de former un ensemble fonctionnel. La formation d'un système intégré permet une certaine souplesse, une adaptabilité, une cohérence, un dynamisme et une stabilité. En l'absence de cette intégration, le flux de nos esprits est rigidifié. Aussi, le traumatisme peut être considéré comme une atteinte fondamentale à la capacité d'intégration de l'individu, d'une dyade, d'une famille ou d'une communauté.

Les états post-traumatiques sont caractérisés par des expériences de rigidité ou de chaos qui ont pour effet de faire perdurer les dommages induits par les traumatismes longtemps après les événements initiaux. L'intégration de nombreux domaines de notre expérience par le biais de la pleine conscience nous permet de développer un flux plus connecté et plus harmonieux dans nos vies. Ce genre de lien inclut tant la mémoire implicite que la mémoire explicite, des modes de traitement relevant autant de l'hémisphère droit que du gauche et la prise de contact avec des sensations corporelles par la pleine conscience. L'aspiration innée de nos esprits vers l'intégration et la guérison se voit souvent bloquée par l'apparition d'un traumatisme. La libération de cet élan de bien-être est un objectif central en psychothérapie permettant la création d'états intégrés qui établissent l'autorégulation adaptative. Le thérapeute peut recourir à un triangle thérapeutique qui serait formé par, d'un côté, l'intégration neuronale, de l'autre la cohérence de l'esprit, et, enfin, les relations empathiques. Ce triangle constituerait un foyer de guérison au sein du processus psychothérapeutique.

Aborder la thérapie à partir d'un référentiel axé sur la neurobiologie interpersonnelle implique que l'on apporte une attention à notre esprit, par un

souci d'intégration des sensations, des images, des sentiments et des pensées qui composent le flux d'énergie et d'information qui, à son tour, définit notre activité mentale. Les sensations incluent les textures non verbales créées par l'organisme impliquant l'état des muscles des membres et du visage, des organes internes, des impulsions d'action, et des mouvements réels. Adopter une attitude de curiosité, d'ouverture, d'acceptation, et d'amour – l'élément catalyseur du changement – permet d'intégrer ces éléments de notre esprit dans de nouvelles dispositions favorisant la guérison. C'est la clé. À mesure que nous nous concentrons sur ces nombreuses dimensions de l'esprit, la communication empathique au sein de la psychothérapie permet le développement de nouveaux états de cohérence qui développent les neurones intégratifs. L'articulation physiologique des modèles neuronaux largement distribués au sein du cerveau, mais également au sein du corps proprement dit, évolue de manière à favoriser les nouvelles formes d'autorégulation adaptatives.

Dans *Le Corps et le Trauma*, Pat Ogden et ses collègues nous offrent des réalisations « expérientielles » permettant de sensibiliser notre esprit à « la sagesse du corps ». En se tournant vers le corps par le biais d'une pleine conscience axée sur la dimension « ici et maintenant » de notre expérience sensorielle, les chemins intégratifs se voient ouverts, rendant ainsi la guérison possible. Cette posture de pleine conscience et d'ouverture implique une attitude d'acceptation, d'amour et de neutralité bienveillante. Celle-ci pourrait bien être la clé permettant à l'esprit de dépasser les états non intégrés caractérisés par le chaos et la rigidité vers le fonctionnement cohérent advenant par l'intégration. L'abord du corps à partir d'une posture de pleine conscience permet à la personne un accès direct à des états d'activation qui avaient été court-circuités et qui avaient quitté le champ de la conscience suite à un trauma aigu ou chronique.

À l'aide d'applications neurobiologiques extrêmement bien articulées, soutenues par d'abondantes références aux dernières recherches que l'on trouve dans la littérature scientifique, les auteurs créent un excellent cadre théorique dans la première partie de leur ouvrage. Ce cadre propose d'appréhender les phénomènes en choisissant de les considérer comme une vue d'ensemble plutôt qu'une collection d'éléments individuels isolés, mettant ainsi en lumière l'importance de prendre en considération la dimension non intellectuelle et non linguistique du traitement sur le plan neural et interpersonnel. L'esprit, n'ayant souvent pas conscience de ces états sensoriels et moteurs du corps, peut enfin réaliser l'intégration que les adaptations au traumatisme avaient bloquée jusqu'alors.

La seconde moitié de l'ouvrage présente un programme détaillé au niveau pratique, en plusieurs phases, pour encadrer les interactions thérapeutiques. Recourir à une approche sensorimotrice ne consiste pas seulement en l'utilisation du corps comme cadre de référence supplémentaire au cours de la thérapie. Au contraire, le fait de se tourner vers les sensations, les impulsions

et les mouvements du corps permet d'accéder à la dimension non verbale via la pleine conscience qui s'avère efficace dans de nombreuses approches psychothérapeutiques.

L'accès au bien-être par le ressenti corporel est une approche utilisée depuis des milliers d'années par les traditions contemplatives. D'une certaine manière, on pourrait considérer que les sociétés modernes ont « oublié » la sagesse que leurs anciens avaient découverte par leur apprentissage ardu. La neurologie moderne souligne clairement le rôle central du corps dans la création des émotions et de la construction de sens. Bien que certaines interprétations des neurosciences considèrent « le cerveau monotâche » comme la source de l'expérience mentale dans sa globalité, cette interprétation restrictive ignore la réalité scientifiquement établie que le cerveau se développe dans un corps qui, à son tour, évolue dans un monde social. Le cerveau est « câblé » pour se connecter à d'autres esprits, pour créer des images de l'état explicite d'autrui, des expressions affectives, et des états somatiques d'activation qui, par la capacité fondamentale des neurones miroirs du système à permettre la résonance émotionnelle, servent de passerelle d'empathie. De cette façon, nous voyons que l'esprit est à la fois relationnel et incarné.

Les auteurs de ce texte sont convaincus de cette réalité et considèrent donc l'esprit comme étant incarné et relationnel. Cet intérêt façonne leur compréhension de l'impact du traumatisme et leur quête d'une voie de guérison. Les interactions entre patient et thérapeute éclairées par ces travaux orientés sur l'attachement et l'intérêt pour la thérapie somatique et la thérapie sensorimotrice permettront aux cliniciens de tous horizons de considérer la croissance et le développement psychologique à partir d'un nouveau référentiel pertinent. Bien que cette perspective soit fondée sur une pratique clinique approfondie, son cadre théorique est compatible avec les dernières données scientifiques. L'intérêt pour la dimension sensorimotrice en thérapie repousse les limites de notre compréhension quant à l'interface entre l'expérience subjective et les résultats objectifs des travaux de recherche dans un contexte novateur. Les auteurs ont relevé le défi important de mettre des mots sur un monde qui en était dénué.

Préface

Bessel van der Kolk, M. D.

Les progrès spectaculaires en neurosciences au cours de la dernière décennie ont permis d'importantes découvertes concernant les mécanismes de traitement de l'information au niveau de l'esprit et du cerveau. Le travail des neuroscientifiques tels qu'Antonio Damasio, Joseph LeDoux, Jaak Panksepp, Steve Porges, Rodolfo Llinas, et Richie Davidson a montré que les êtres vivants sont capables de répondre aux informations sensorielles selon un mode plus ou moins automatique tout en adoptant des schémas d'action relativement stables, c'est-à-dire des actions prévisibles pouvant être sollicitées répétitivement en réponse à des phénomènes similaires.

« L'esprit » – la capacité extraordinaire des humains à observer, à connaître et à prévoir – a pour fonction d'inhiber, organiser et moduler les réponses automatiques, nous aidant ainsi à gérer et à préserver nos relations avec les autres êtres humains, dont nous sommes si désespérément dépendants pour la construction de sens, le lien social, l'affirmation de soi, la protection et l'écoute de notre soi authentique.

Cependant, l'esprit, bien que capable d'organiser nos sentiments et nos pulsions, ne semble pas être particulièrement bien équipé pour éradiquer les émotions, les pensées et les impulsions qui nous sont intolérables. En fait, il semblerait qu'il soit davantage orienté vers la création de justifications à nos comportements perturbateurs (par exemple, « c'est pour ton bien » ou « cela contribuera à un monde meilleur ») que vers leur élimination. Par conséquent, les individus semblent être « condamnés » à accueillir leurs « désirs irrationnels » et leurs sentiments intolérables comme la peur, la colère, l'impuissance, la cupidité et le désespoir, sans jamais être en mesure de les maîtriser entièrement.

Fondamentalement, vivre, c'est apprendre à se frayer un chemin dans le monde, et la manière dont nous nous y prendrons dépend de la structuration

de notre cerveau. Cette structuration est formée par le métissage de deux éléments : l'héritage évolutif que nous partageons plus ou moins avec toutes les autres créatures vivantes, et les emprunts inhérents à nos propres expériences précoces.

Le modèle de base qui régit notre paradigme et notre façon de nous repérer dans la vie est déterminé par des connexions entre le système de l'activation de la zone autour de l'encéphale (cerveau reptilien) et le système qui gère l'interprétation au niveau du cerveau mammifère (système limbique). Ces connexions organisent la manière dont tous les animaux et les humains organisent leurs réponses aux stimuli sensoriels. Ces réponses concernent d'abord et avant tout le mouvement.

Les recherches menées en neurosciences durant de longues années nous ont permis de mieux comprendre pourquoi un même stimulus peut plaire à certaines personnes et en irriter d'autres. Les réponses émotionnelles ne sont pas induites par des choix conscients, mais par la structure même de notre cerveau au niveau physiologique : les structures limbiques comme l'amygdale classent les stimuli sensoriels entrants afin de déterminer leur signification sur le plan émotionnel. L'interprétation de ces structures cérébrales sous-corticales est largement basée sur notre expérience antérieure, expérience qui détermine notre disposition à approcher ou à éviter les phénomènes rencontrés. En outre, il devient de plus en plus évident que *la réponse* (à un stimulus) se réfère à une action que nous sommes contraints de faire – c'est-à-dire la façon dont nous sommes enclins à nous déplacer *physiquement* en réponse à un stimulus en particulier.

Les neurosciences ont confirmé les observations antérieures faites par des scientifiques tels que Darwin et William James qui pensaient que *les sensations physiques et corporelles* forment le substrat des états émotionnels qui déterminent la qualité de nos actions, de nos prises de décision et les solutions que nous créons en réaction à des dilemmes particuliers. Ces sensations physiques, à leur tour, orientent l'organisme humain vers certaines mesures. Comme Roger Sperry, qui a remporté le prix Nobel de médecine en 1981, l'a déclaré : « Le cerveau est un organe de et pour le mouvement : le cerveau est l'organe qui déplace les muscles. Il fait beaucoup d'autres choses, mais toutes sont secondaires au mouvement corporel » (1952, p. 298). Sperry a affirmé que même la perception est secondaire au mouvement : « Dans la mesure où un organisme perçoit un objet donné, il est prêt à y répondre... La présence ou l'absence de réaction de "potentialités adaptatives", permettant d'évoluer vers des schémas moteurs, détermine la perception et la non-perception » (1952, pp. 299-300).

Le neuroscientifique Rodolfo Llinas résume la relation entre l'action et le cerveau comme suit : pour faire son chemin dans le monde, une créature en mouvement actif doit être capable de prédire ce qui est sur le point de se produire et de trouver son chemin là où elle doit se rendre. La prédiction passe

par la formation d'une image sensorimotrice, basée sur l'audition, la vision ou le toucher, qui contextualise le monde extérieur afin de le comparer avec la « carte interne ». « La (...) comparaison des mondes internes et externes [engendre] des actions adaptées : un mouvement a lieu » (Llinas, 2001, p. 38). Les individus expérimentent la sensation couplée à une urgence liée à l'activation physique comme une émotion.

Charles Darwin (1872) et Ivan Pavlov (1928) avaient bien compris que les émotions ont pour fonction de tendre vers le mouvement physique : aider l'organisme à échapper à un danger, dans le cas des émotions négatives, et à le déplacer dans la direction de la source de la stimulation lorsqu'il s'agit de phénomènes positifs. Darwin, en particulier, a fait remarquer que les êtres humains ne sont pas différents des animaux à cet égard. Les émotions activent l'organisme afin de l'aider à réagir de manière préprogrammée, comme le fait de se défendre, de se préparer à combattre, de tourner le dos à quelqu'un ou de s'approcher de quelqu'un pour une plus grande intimité ou pour être soutenu. En bref, les émotions servent de guides à l'action.

En outre, Nina Bull, Jaak Panksepp, Antonio Damasio ont démontré que chaque état émotionnel particulier active automatiquement *des tendances à l'action* distinctes, soit une séquence programmée d'actions. Quand les individus traitent les perceptions entrantes, ils interprètent les nouvelles informations en les comparant à leurs expériences antérieures. C'est à partir de cette comparaison que l'organisme prédit les résultats des différentes mesures possibles et organise une réponse au stimulus physique entrant. Selon Damasio : « les actions physiques créent le contexte pour les actions mentales ; les processus ascendants ont une incidence sur les processus de niveau supérieur. [C'est le] sentiment concernant ce qui se passe » (1999, p. 27). Damasio (1999) précise davantage :

Il est de bon sens que les structures [le cerveau] régissant l'attention et les structures de traitement de l'émotion soient à proximité les unes des autres. En outre, il est également logique que ces structures soient à proximité de celles qui régissent et fournissent des signaux concernant les processus corporels. En effet, d'une part, il faut noter que le fait d'éprouver des émotions et la capacité de focaliser notre attention sont des phénomènes entièrement liés à la fonction fondamentale qu'est la gestion de la vie interne de l'organisme. D'autre part, il faut également noter qu'il est impossible de gérer les processus rencontrés au quotidien et de maintenir l'équilibre homéostatique en l'absence de données sur l'état actuel de l'organisme du corps (p. 28).

Au sein du règne animal, la souplesse est un facteur déterminant quant à la nature unique de chaque individu : leur capacité à faire des choix sur la façon dont ils réagissent à leur environnement. Cette flexibilité résulte de la capacité du néocortex humain d'intégrer une grande variété d'éléments d'information, d'attacher un sens à la fois à la donnée entrante et aux pulsions physiques

(les tendances) y afférant, et enfin d'avoir recours à la pensée logique pour calculer les effets à long terme d'une stratégie donnée. Cela permet ensuite aux individus de découvrir de nouvelles façons de traiter les informations reçues continuellement et de modifier leurs réponses sur la base des « leçons » qu'ils ont tirées d'une manière beaucoup plus complexe que dans le cas des comportements de conditionnement que l'on peut observer chez les chiens et autres animaux.

Toutefois, cette flexibilité en matière de réponse aux stimuli n'émerge que lentement au cours du développement humain et peut facilement être perturbée. Les enfants en bas âge ont peu de contrôle sur leurs pleurs et s'accrochent lorsqu'ils se sentent abandonnés; ils n'ont guère davantage de maîtrise lorsqu'il s'agit d'exprimer leur bonheur. Même les adultes sont enclins à s'engager dans des comportements automatiques lorsqu'ils sont animés par des émotions intenses. Ils sont susceptibles d'exécuter n'importe quelle « tendance à l'action » associée à une émotion particulière: la confrontation et l'inhibition lorsqu'il s'agit de colère, la paralysie physique lorsqu'ils éprouvent de la peur, et l'effondrement physique en réponse à l'impuissance. Ils sont également susceptibles d'éprouver une impulsion irrésistible à se déplacer vers les interactions qui leur procurent de la joie (par exemple, de courir vers les personnes qu'ils aiment, puis de les embrasser, et ainsi de suite).

Depuis au moins 1889 (époque de Janet), il a été constaté que les personnes traumatisées ont tendance à répondre aux rappels du passé en mettant automatiquement en place des actions physiques qui, si elles étaient appropriées au moment du traumatisme, ne le sont plus aujourd'hui. Comme l'a noté Janet: « Les patients traumatisés poursuivent l'action, ou plutôt la tentative d'action, qui avait débuté au moment de l'événement, et s'épuisent dans ces recommencements incessants » (1919/1925, p. 663.).

Les découvertes actuelles en neurosciences sur l'activation automatique des sécrétions hormonales, les états émotionnels et les réactions physiques en réponse aux données sensorielles ont une fois de plus confronté la psychologie à une réalité qui avait été formulée par Freud: la plupart des actions et motivations humaines résultent de processus qui échappent au contrôle de notre conscience. Les implications de ces découvertes sont particulièrement pertinentes pour la compréhension et le traitement des personnes traumatisées. Elles nous permettent de réaliser en quoi ces sujets sont enclins à l'activation automatique de sécrétions hormonales traumatiques avec certains schémas d'action physiques. Cela explique également leur tendance à réagir à certains stimuli par des réponses irrationnelles – c'est-à-dire contrôlées par les zones sous-corticales – et même destructrices, face à certaines injonctions. Ces personnes peuvent exploser suite à une provocation mineure, se figer lorsqu'elles sont frustrées et devenir impuissantes face à des défis négligeables. Sans le contexte historique expliquant les résidus du passé sur le plan somatique

et moteur, leurs émotions peuvent sembler déplacées et leurs actes paraître étranges. Ces symptômes, résultant d'un passé inachevé, ont tendance à devenir une source de honte et d'embarras pour ceux qui les éprouvent.

L'une des conclusions les plus robustes des études de neuro-imagerie sur les personnes traumatisées est que, sous l'effet du stress, les zones supérieures du cerveau impliquées dans le « fonctionnement exécutif » – planifier pour le futur, anticiper les conséquences de ses actes et inhiber les réponses inappropriées – deviennent moins actives (van der Kolk, en cours de publication). Tout comme les jeunes enfants perdent le fil de la socialisation et font des crises de colère lorsqu'ils sont frustrés, les adultes traumatisés ont tendance à revenir à des réponses primitives d'autoprotection lorsqu'ils perçoivent certains stimuli comme représentant une menace. Une fois que les déclencheurs sensoriels liés aux traumatismes antérieurs activent le cerveau émotionnel et ses dispositifs habituels de protection, les modifications résultant de l'activation sympathique et parasympathique interfèrent avec la fonction d'exécution : les fonctions cérébrales supérieures perdent leur contrôle sur le comportement, provoquant ainsi un comportement « régressif ». Le cerveau rationnel ne fonctionnant pas correctement, les individus ont tendance à recourir à des « schémas d'action fixes » : les réponses automatiques de fuite, de combat ou de figement représentant l'héritage évolutif qui guide notre réaction aux phénomènes menaçants, ainsi que nos souvenirs de la manière dont notre corps a réagi à la menace d'être déstabilisé. Le traumatisme entraîne la réactivation de ces schémas (c.-à-d. endocriniens et moteurs) à la moindre provocation, réactivant ainsi la réponse physique de l'organisme à la terreur antérieure, l'abandon et l'impuissance, et ce parfois dans les moindres détails.

La psychologie et la psychiatrie ont prêté peu d'attention aux réponses comportementales (c.-à-d. musculaires, organiques) déclenchées par les rappels traumatiques, et se sont centrées très étroitement soit sur la neurochimie ou sur les états émotionnels associés à ces rappels. Ce faisant, elles pourraient bien avoir perdu de vue « la forêt » par leur fixation sur « les arbres » : la neurochimie aussi bien que les émotions sont activées *afin de permettre* à l'individu d'accéder à certaines postures et certains mouvements physiques de protection, d'engagement et de défense. Bien que les progrès spectaculaires de la pharmacothérapie aient aidé à contrôler certaines anomalies causées par le trauma sur un plan neurochimique, il est évident que ces méthodes ne sont toujours pas capables de permettre de corriger le déséquilibre.

Le fait que les déclencheurs rétablissent certaines réponses hormonales et motrices relatives au traumatisme initial soulève des questions importantes. Le DSM-IV, dans sa définition du stress post-traumatique, met l'accent sur l'hyperactivation physiologique engendrée par les rappels traumatiques. Toutefois, le traumatisme ne représente pas uniquement une réponse physiologique. L'essence même du traumatisme se situe sur le plan de l'impuissance

foncière combinée avec le fait d'avoir été abandonné par une personne qui était considérée comme un protecteur. Probablement, le meilleur modèle animal illustrant ce phénomène serait celui du « choc inéluctable », dans lequel les créatures sont torturées et n'ont aucun contrôle sur le cours des événements (van der Kolk, Greenberg, Boyd et Krystal, 1985). Cette réalité les amène à s'effondrer et à ne plus tenter de se battre ou s'enfuir. Pour les êtres humains, le facteur déterminant concernant la nature traumatisante ou non d'une expérience semble être le fait pour l'individu de se retrouver dans une situation dans laquelle aucune issue n'est envisageable ; lorsque le combat ou la fuite ne figurent plus dans la liste des options, lorsqu'ils se sentent submergés et impuissants. Comme Darwin l'a déjà souligné : les émotions de peur, le dégoût, la colère ou les affects dépressifs sont des signaux permettant soit de communiquer à d'autres personnes notre souhait de les voir faire marche arrière, soit de nous protéger. Lorsqu'une personne est traumatisée, ces émotions ne produisent pas les résultats escomptés : le prédateur ne recule pas, n'abandonne pas, et les mesures prises par l'individu ne suffisent pas pour lui procurer un sentiment de sécurité.

Après une ou plusieurs confrontations à la futilité de leurs émotions et de leurs modes d'action automatiques en termes de rétablissement de sécurité et de contrôle, de nombreux enfants et adultes traumatisés semblent perdre la capacité à mettre en place des actions efficaces à l'aide de leurs émotions. Alors que leurs émotions sont activées, ils ne parviennent pas à reconnaître ce qu'ils ressentent. Il s'agit là d'une incapacité à se représenter leur expérience de leurs propres sensations physiques à l'aide de mots, ce que l'on appelle l'alexithymie. Cette incapacité à reconnaître les processus internes – identifier adéquatement les sensations, les émotions, et l'état physiologique – empêche certaines personnes d'entrer en contact avec leurs propres besoins et de prendre soin d'eux-mêmes. Cette limitation atteint également leur capacité à apprécier les états émotionnels et les besoins de ceux qui les entourent. Parce qu'ils sont incapables d'évaluer et de moduler leurs propres états internes, face à un danger, la réponse habituelle de ces individus est soit de s'effondrer, soit d'exploser, et ce même lorsqu'il s'agit d'irritations mineures. Ils vivent ainsi une vie caractérisée par un vide existentiel.

Lorsque les chercheurs contemporains qui se sont intéressés au trauma ont redécouvert les perturbations profondes sur le plan de l'expérience subjective des sensations physiques et de l'activation automatique de schémas d'action fixes chez les enfants et adultes traumatisés (le psychiatre français Pierre Janet a effectué des recherches approfondies sur cette question il y a un siècle, mais nous n'avons reconnu sa contribution que bien plus tard), la communauté thérapeutique dominante ne savait comment s'y prendre pour aborder les déficits dans ces domaines. Un point est clair : « la raison », le cerveau exécutif – dont la fonctionnalité est obligatoire afin de permettre que le sujet s'engage dans un processus psychothérapeutique – dispose d'une capacité très limitée en termes de maîtrise de l'activation émotionnelle, et de changement des

schémas d'actions fixes. Le problème que Damasio (1999) a articulé devait ainsi être résolu :

Nous utilisons notre esprit non pas pour découvrir des faits, mais pour les cacher. L'une des choses que la perception réductrice cache le plus efficacement est le corps, notre propre corps, et j'entends par là les tenants et les aboutissants, ses intérieurs. Comme un voile jeté sur la peau pour assurer sa modestie, l'écran « cache » à l'esprit les états internes de notre corps, ceux qui constituent le flux vital de la vie au quotidien. Le caractère insaisissable des émotions et des sentiments est probablement (...) une indication de la façon dont nous « couvrons » la présentation de notre corps, combien de « masques » d'imagerie mentale masquent la réalité du corps (p. 28).

Étant donné que la compréhension et le savoir sont les principaux outils à la fois pour la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) et la thérapie psychodynamique, c'est-à-dire les principales thérapies enseignées dans les instituts professionnels actuels, ce n'est qu'avec une grande difficulté que les découvertes des travaux de recherche en neurosciences ont été intégrées dans la pratique thérapeutique contemporaine. Ni les TCC ni les techniques psychodynamiques ne prennent vraiment en compte l'expérience et l'interprétation des sensations physiques ou les schémas d'actions physiques préprogrammées. Étant donné que Joseph LeDoux a montré que, au moins chez le rat, « les souvenirs émotionnels perdurent à jamais » et que le cortex préfrontal dorso-latéral, soit le centre de la perspicacité, la compréhension et la planification des événements futurs, n'a pratiquement pas de voies de raccordement permettant d'influencer le cerveau émotionnel, le meilleur que puissent offrir les thérapies verbales est d'aider les individus à inhiber les actions automatiques physiques qui sont provoquées par leurs émotions. En bref, les thérapies verbales peuvent aider en matière de « gestion de la colère » (par exemple, s'apaiser avant de tourner la poignée) en comptant par exemple jusqu'à dix tout en prenant de grandes respirations.

Réaliser que l'identification des mécanismes à l'œuvre et la compréhension de ceux-ci ne suffit pas pour empêcher les personnes traumatisées de se sentir projetées dans le temps du trauma initial a contraint les cliniciens à explorer des techniques permettant de reprogrammer ces réponses automatiques physiques. Naturellement, ces techniques ont impliqué des méthodes intervenant au niveau de leur capacité à entrer en contact avec leurs sensations internes et leurs schémas d'actions physiques.

Bien entendu, d'autres cultures – et elles sont nombreuses – font appel à des pratiques de guérison qui incluent le mouvement physique et le souffle, comme le yoga, le Qi gong, le tai-chi, et d'autres traditions asiatiques et africaines. Toutefois, en Occident, les approches qui impliquent le travail avec la sensation et le mouvement ont été fragmentées et sont restées en marge de l'enseignement médical et psychologique. Néanmoins, l'incorporation

de la sensation et du mouvement a été largement explorée dans des techniques telles que le « focusing », la « sensory awareness », la technique de Feldenkrais, le « Rolfing® », la technique d'Alexander, le « Body-Mind Centering® », la « Somatic Experiencing® », la Pessio-Boyden psychothérapie, la « synergie Rubinfeld », la technique du « mouvement authentique », la méthode Hakomi, la méthode de respiration de Middendorf et bien d'autres encore. Bien que chacune d'elles implique des approches très sophistiquées, nous convenons avec Don Halon qu'il n'est pas toujours aisé de les classer dans les catégories académiques courantes. L'intégration la plus remarquable entre le travail avec le corps et la science mainstream s'est produite lorsque Nikolaas Tinbergen a évoqué la technique Alexander dans son discours d'acceptation du Prix Nobel en 1973.

Au cours des dernières décennies, plusieurs praticiens orientés vers le travail avec le corps se sont intéressés à l'impact du traumatisme sur le plan somatosensoriel. Selon moi, les trois personnages incontournables dans ce domaine – ceux qui ont la plus grande influence sur mon travail, ainsi que sur celui des cliniciens avec qui je travaille – sont Pat Ogden, auteur de ce livre, Peter Levine et Al Pessio. Forte de décennies de formation au « Rolfing® », à la méthode Hakomi, ainsi qu'à d'autres techniques corporelles, Pat Ogden a proposé un modèle visant à intégrer les effets psychologiques et neurobiologiques du traumatisme avec l'approche corporelle. Ce faisant, elle a fondé une nouvelle école de thérapie permettant d'incorporer le travail avec les processus sensorimoteurs à partir d'une approche solidement ancrée dans la théorie de l'attachement, les neurosciences et la pratique psychothérapeutique traditionnelle.

La psychothérapie sensorimotrice tient compte du fait que la plupart des traumatismes surviennent dans le contexte des relations interpersonnelles. Cette réalité signifie que le traumatisme implique des transgressions de limites, une perte d'autonomie d'action et d'autorégulation. Lorsque les individus se développent dans un contexte défaillant en matière de soutien et de *subsistance*, comme c'est souvent le cas avec les enfants maltraités, les femmes enfermées dans un contexte de violence domestique ou avec les hommes incarcérés, ils sont susceptibles d'apprendre à répondre à la violence et aux menaces par une conformité « mécanique » ou par une soumission résignée. En particulier si la violence a été répétitive et sans relâche, il est fort probable qu'ils se retrouvent en proie à des dérèglements physiologiques chroniques (c.-à-d. des états extrêmes d'hypo ou d'hyper-vigilance) accompagnés d'une immobilisation corporelle. Souvent, ces réponses deviennent habituelles. En conséquence, de nombreuses victimes développent des problèmes chroniques en matière d'initiation d'actions efficaces et indépendantes, même dans des situations où, de façon rationnelle, elles devraient être en mesure de se défendre et de « gérer ».

Beaucoup de personnes traumatisées apprennent à dissocier et à compartimenter : elles peuvent être compétentes et concentrées la plupart du temps, mais passibles de s'effondrer soudainement dans des états primitifs et rigides d'impuissance et d'immobilisation lorsqu'elles sont confrontées à des situations ou à des sensations en lien avec le passé. Certaines peuvent rester conscientes de ce qu'elles ressentent, de ce qui se passe autour d'elles, des issues de sortie possibles et des impulsions concrètes auxquelles elles pourraient avoir recours en cas de danger. D'autres se déconnectent, perdant ainsi le contact avec leurs sensations internes et ce qui se passe dans leur environnement. De nombreux cliniciens, lors de l'évaluation d'éléments dissociatifs, se concentrent sur les émotions et les comportements. Toutefois, la psychothérapie sensorimotrice traite spécifiquement les symptômes dissociatifs comprenant les sensations corporelles, les troubles du mouvement, l'activation physiologique dérégulée, l'absence de sensations corporelles et la reviviscence de fragments somatosensoriels.

La description d'expériences traumatiques utilisée dans le cadre des thérapies verbales conventionnelles est susceptible d'activer des souvenirs implicites sous la forme de traumatismes liés à des sensations physiques, des dérèglements physiologiques, des mouvements involontaires et des émotions d'impuissance, de peur, de honte et de rage, sans que le patient ait pour autant les ressources nécessaires pour traiter ces fragments du passé. Lorsque cette séquence se produit, il est fort probable que les victimes de traumatismes aient peur de traiter le matériel. À la place, elles auront tendance à rechercher une relation de soutien dans le présent. Le thérapeute incarnera alors pour elles un refuge dans une vie marquée l'échec et le vide existentiel.

La psychothérapie sensorimotrice tient compte du fait que le passé traumatique continue à influencer la perception que les individus ont de leur environnement et d'eux-mêmes, ainsi que leur positionnement par rapport au monde qui les entoure. Plutôt que de se concentrer sur la façon dont les patients font sens de leur expérience – un récit sur le passé –, le centre d'attention est porté sur l'expérience que le patient a de lui-même et de sa conscience de soi. Les thérapies orientées sur le corps reposent sur la notion que l'expérience passée est inscrite dans les états physiologiques présents ainsi que dans les tendances à l'action. Le traumatisme est reconstitué dans la respiration, dans les gestes, les perceptions sensorielles, les mouvements, les émotions et les pensées. Le rôle du thérapeute est de faciliter la connaissance de soi et l'autorégulation, plutôt que de se positionner comme un « témoin » ou un « interprète » pour le trauma. La thérapie consiste à travailler avec les sensations et les tendances à l'action dans le but de découvrir de nouvelles orientations possibles et de nouveaux positionnements dans le monde.

Travailler avec les personnes traumatisées entraîne le dépassement de plusieurs obstacles majeurs. Le premier est que, bien que le contact humain et

« l'accordage relationnel » soient des éléments cardinaux pour l'autorégulation physiologique, un traumatisme interpersonnel se traduit souvent par une crainte d'entrer dans un rapport d'intimité. Pour de nombreuses personnes, anticiper le fait d'entrer en proximité et d'être en « accordage émotionnel » avec quelqu'un fait automatiquement surgir des souvenirs implicites de souffrance, de trahison et d'abandon. En conséquence, le sentiment d'être vu et compris – qui procure à la plupart des individus un sentiment de calme ou la sensation de maîtriser la situation – peut entraîner une reviviscence du traumatisme chez les personnes qui ont expérimenté un traumatisme dans le cadre de leurs relations intimes.

Par conséquent, avant que la confiance puisse être établie, il est important d'aider les patients à accéder à un sentiment de maîtrise au niveau *physique* au travers d'un travail sur la mise en place de limites sur le plan de la proximité corporelle. Ce processus passera par l'exploration des mécanismes de régulation de l'activation physiologique (par le biais de la respiration et des mouvements corporels), en aidant la personne à reconquérir la sensation au niveau physique d'être en mesure de se défendre et de se protéger. Il peut être utile d'explorer les expériences antérieures lors desquelles le patient s'est senti en sécurité, compétent, et d'activer les souvenirs quant aux sensations de plaisir, de joie, de concentration, de puissance et d'efficacité qu'il avait pu ressentir à ce moment. Travailler avec le traumatisme concerne autant les ressources qui ont permis à la personne de survivre que les dégâts engendrés par le trauma. Comme Pat Ogden le souligne, dans ce livre, « Découvrir les défenses actives qui avaient comme fonction de favoriser le renforcement, et qui ont été abandonnées suite à leur inefficacité au moment du trauma ».

Un autre problème concerne le fait que, neurobiologiquement parlant, la seule partie du cerveau conscient susceptible d'influer sur les états émotionnels (qui sont localisés dans le système limbique) est le cortex médial préfrontal, la partie qui est impliquée dans l'introspection (c.-à-d. la gestion de l'état interne de l'organisme). De nombreuses études de neuro-imagerie citées dans cet ouvrage ont montré la baisse d'activation du cortex médial préfrontal chez les individus souffrant de l'ESPT (Lanius, 2002 ; Clark & McFarlane, 2000). Cela signifie que les personnes traumatisées peinent, en règle générale, à gérer leurs sensations intérieures ainsi que leurs perceptions. Lorsqu'elles sont interrogées sur leurs sensations internes, elles ont tendance à se sentir dépassées ou nient en avoir. Lorsqu'elles parviennent finalement à prêter attention à leur expérience interne, elles évoquent généralement « un champ miné » de traumatismes liés à des perceptions, des sensations et des émotions (van der Kolk et Ducey, 1989). Elles se sentent souvent dégoûtées par elles-mêmes et ont généralement une image très négative de leurs corps. Elles estiment que leur bien-être est inversement proportionné à l'attention qu'elles portent à ce dernier. Pourtant, on ne peut pas apprendre à prendre soin de soi-même tout en étant coupé des exigences et besoins de notre propre corps.

Par conséquent, Pat Ogden affirme que la thérapie implique l'apprentissage de la capacité à devenir un fin observateur des fluctuations inhérentes à l'expérience interne, à partir d'une posture de pleine conscience afin de noter les pensées, les sentiments, les sensations corporelles et les impulsions qui émergent. Les personnes traumatisées ont besoin d'apprendre qu'il est possible d'avoir des émotions et des sensations en toute sécurité. Dans ce processus, il est essentiel pour les patients de se rendre compte que l'expérience corporelle ne reste jamais statique. Contrairement au moment de l'avènement d'un traumatisme, lorsque tout semble se figer dans le temps, les sensations physiques et les émotions s'inscrivent dans un état constant de flux.

Pour les personnes traumatisées, traiter le passé nécessite l'activation du cortex préfrontal médial, ainsi que de leur capacité d'introspection. La thérapie a comme objectif de les aider à développer une curiosité profonde concernant leur expérience interne. Cette curiosité est indispensable pour leur permettre d'apprendre à identifier leurs sensations physiques et à traduire leurs émotions et sensations dans un langage transmissible –, et ce, avant tout, pour elles-mêmes. Une fois que les individus réalisent que leurs sensations internes sont en flux permanent qu'ils exercent un contrôle considérable sur leurs états physiologiques, et que le fait d'entrer en contact avec des souvenirs du passé n'entraîne pas nécessairement des émotions insupportables, ils peuvent commencer à explorer les processus permettant de modifier leur expérience interne. À mesure que les patients apprennent à tolérer leur expérience en pleine conscience sur le plan physiologique, ils redécouvrent des impulsions physiques et des options qu'ils avaient abandonnées afin de survivre au moment de l'avènement du trauma. Ces impulsions et options se manifestent dans des mouvements corporels subtils tels que le fait de vouloir se tordre, se tourner ou s'éloigner. Au final, l'amplification de ces impulsions physiques et l'expérimentation des différentes façons de les modifier permettent de résoudre des tendances d'action traumatiques qui, jusqu'alors, demeuraient incomplètes.

Les personnes traumatisées perdent souvent leur accès aux réponses de combat/fuite efficaces, et répondent aux menaces qu'elles perçoivent par l'immobilisme. La psychothérapie sensorimotrice les aide à se réorienter dans le présent en leur apprenant à cibler les stimuli non traumatiques. Cette orientation, à son tour, leur permet d'apprendre de leurs nouvelles expériences, plutôt que de s'installer dans une reviviscence du passé qui les empêche d'accéder à une intégration des nouvelles données dans leur expérience au quotidien. Une fois qu'ils apprennent à se réorienter vers le présent, les individus peuvent tenter de répondre aux menaces perçues en redécouvrant la capacité qu'ils avaient perdue à se défendre et à se protéger de manière proactive.

La psychothérapie sensorimotrice est basée sur la prémisse que, afin de surmonter la tendance à être emprisonnée par le passé, la personne traumatisée doit :

1. prendre conscience des anciennes tendances à l'action inadaptées ;

2. apprendre à inhiber les impulsions immédiates ;
3. expérimenter différentes alternatives afin de mener à bien les actions incomplètes, figées, qui se sont avérées inutiles au moment du traumatisme, et
4. apprendre à mettre en œuvre des réactions d'exécution et des actions alternatives efficaces.

Le livre de Pat Ogden est le premier à intégrer les connaissances concernant la thérapie corporelle, les neurosciences et la théorie de l'attachement dans une méthode de traitement unifiée. Nous espérons que cette intégration magistrale permettra à la prise en charge des personnes traumatisées de faire des pas de géants et de ne plus jamais opérer comme jadis.

Introduction

Pour de nombreuses raisons, le corps a été exclu de la « cure par la parole ». Les psychothérapeutes qui ont été formés selon les modèles psychothérapiques d'orientation psychodynamique, psychanalytique ou cognitive savent être à l'écoute du langage et des affects du patient. Ce faisant, ils sont attentifs aux associations des patients, à leurs fantasmes, signes de conflit psychique, détresse et défenses sous-jacentes. Ils relèvent les différents fils narratifs apportés par les patients afin de mettre en exergue où et comment l'histoire de l'enfance se répète dans le présent. À l'aide de l'instauration d'une alliance thérapeutique, elle-même inscrite dans un cadre thérapeutique bien défini, ils savent discerner les processus subtils et les passages à l'acte afférents au transfert ainsi qu'au contre-transfert. Ils observent les symptômes physiques, en utilisant des interventions psychopharmacologiques lorsque cela est indiqué. Par ailleurs, ils sont toujours attentifs à la présentation de leurs patients sur le plan physique et comportemental, tels leurs tics et changements subtils de poids ou de tenue vestimentaire, à la posture effondrée d'un patient déprimé ou aux mouvements agités d'un patient inquiet. Pour autant, bien que la plupart des thérapeutes aient appris à étudier l'apparence et même les mouvements du corps du patient, le travail direct sur l'expérience du patient telle qu'il l'incarne est très largement considéré comme accessoire par rapport à la formulation thérapeutique, au plan de traitement et aux interventions traditionnelles indiquées.

La psychothérapie sensorimotrice s'appuie sur l'apport des psychothérapies traditionnelles en matière de connaissance, mais elle appréhende le corps comme étant central pour les processus thérapeutiques permettant la prise de conscience. Elle incorpore des théories et des interventions généralement peu pratiquées en psychothérapie psychodynamique. La thérapie sensorimotrice propose ainsi d'intégrer à la fois les principes théoriques et les méthodes de traitement en santé mentale et de psychothérapie corporelle. Elle s'inspire

largement de la méthode Hakomi, une forme de psychothérapie corporelle conceptualisée par Ron Kurtz (Kurtz, 1990), en tant que fondement pour les compétences thérapeutiques. Elle intègre également la théorie et les techniques des traditions psychodynamiques, cognitivo-comportementales, des neurosciences, et des théories concernant l'attachement et la dissociation. La prémisse de ce livre est que les thérapeutes formés selon les modèles traditionnels peuvent amplifier la profondeur et l'efficacité de leur travail clinique en ajoutant des interventions orientées sur le corps à leur répertoire d'interventions.

Dans cet ouvrage, nous utilisons le terme générique « psychothérapie sensorimotrice » pour désigner une approche intégrant les interventions somatiques employées par la plupart des psychothérapeutes corporels. Toutefois, la psychothérapie sensorimotrice est également une école proposant une théorie synthétique unique permettant des interventions somatiques guidées par la théorie de la psychologie corporelle. Cette école enseigne une méthode permettant des interventions au niveau des sensations corporelles et liées au mouvement, mais exclut généralement l'utilisation du toucher. Le recours au toucher judicieux, parfois utile dans des situations spécifiques en psychothérapie, mais également potentiellement problématique dans d'autres, n'est pas un élément nécessaire pour notre méthode (voir le chapitre 9 pour davantage d'explications).

Nous n'ignorons pas les effets profonds du trauma sur le corps, le système nerveux ni que de nombreux symptômes des personnes traumatisées sont liés au corps (Nijenhuis & Van der Hart, 1999 ; Van der Hart, Nijenhuis, Steele & Brown, 2004 ; van der Kolk, 1994 ; van der Kolk, McFarlane & Weisaeth, 1996). Les patients qui souffrent de traumatismes non résolus évoquent inmanquablement une expérience corporelle dérégulée. Une cascade incontrôlable d'émotions fortes et de sensations physiques, déclenchée par des stimuli traumatiques, se rejoue ainsi de manière incessante au niveau du corps. Cette activation physiologique chronique est souvent à l'origine des symptômes post-traumatiques récurrents qui motivent la démarche thérapeutique du patient. La capacité d'assimiler l'expérience traumatisante dans un récit de vie est prématurée pour ces personnes, à la fois parce que les souvenirs traumatiques ne sont pas encodés dans la mémoire autobiographique et parce que l'activation récurrente traumatogène continue à créer un sentiment de mise en danger sur le plan somatique – une « terreur sans voix » (van der Kolk, Van der Hart & Marmar, 1996, voir aussi Siegel, 1999).

Les modèles thérapeutiques traditionnels reposent principalement sur la notion que le changement se produit à travers un processus d'expression narrative et par une formulation de type « descendant ». À titre d'exemple, pour l'exprimer simplement, un principe caractéristique des modèles de traitement psychodynamiques veut que l'établissement, dans le cadre d'une relation

thérapeutique, d'un lien affectif avec l'expérience passée douloureuse et le traitement des distorsions cognitives qui l'accompagnent engendrera un changement positif au niveau du sens de soi et, par conséquent, un soulagement de la souffrance et une amplification du bien-être. En vertu de l'hypothèse de travail, un changement significatif des *cognitions* et des *émotions* du patient peut permettre une amélioration de son « sens de soi » sur le plan de l'expérience physiologique ou corporelle. La cible privilégiée d'une intervention thérapeutique serait ainsi le langage du patient ; il s'agirait donc bien de considérer le récit comme le point d'entrée dans le processus thérapeutique. Ainsi, les représentations verbales du patient, ses croyances et ses affects seraient abordés, explorés et retravaillés par le biais de la relation thérapeutique.

L'amélioration du fonctionnement de l'ego, la mise en sens, la formulation d'un récit et le travail avec l'expérience émotionnelle représentent tous des interventions permettant au patient d'accomplir de réelles avancées. Au-delà de ces pratiques cognitives et dynamiques déjà utiles, nous proposons l'ajout d'interventions « ascendantes », permettant de traiter les mouvements physiques répétitifs opaques, les inhibitions de mouvement et les intrusions somatosensorielles caractéristiques des traumatismes non résolus. Les patients traumatisés sont hantés par le retour des réactions sensorimotrices en lien avec le traumatisme, qui prennent la forme d'images intrusives, de sons, d'odeurs, de sensations corporelles, de douleurs physiques, de constriction, d'engourdissements, ainsi que l'incapacité de moduler l'activation. Par l'inclusion des sensations corporelles et l'utilisation du mouvement comme vecteur principal du traitement des traumatismes, la psychothérapie sensorimotrice apprend au thérapeute à utiliser des interventions centrées sur le corps afin de réduire ces symptômes et de favoriser un changement au niveau des cognitions, des émotions, des systèmes de croyances et du lien social du patient.

La pratique de la psychothérapie sensorimotrice allie théorie et technique d'inspiration thérapeutique cognitive et dynamique avec des interventions simples de pleine conscience sur le plan somatique et des interventions par le biais du mouvement. Des exemples de telles interventions consistent à aider les patients à prendre conscience de leur corps, suivre leurs sensations corporelles et mettre en œuvre des actions physiques qui favorisent l'autonomisation et le gain de compétences. On leur apprend ainsi à observer la relation entre leur organisation physique et leurs croyances et émotions, en remarquant, par exemple, comment une autoreprésentation prononcée à un moment donné de la thérapie, comme : « Je suis une mauvaise personne », peut façonner les sensations physiques, la posture, l'activation du système autonome et le mouvement. Ils découvrirent également en quoi leurs sensations physiques, les postures et les mouvements peuvent affecter leur état émotionnel, les mots et le contenu qu'ils évoquent en thérapie. Ces interventions intègrent le corps d'une manière directe dans la thérapie, fournissant une approche « corps-esprit » mieux unifiée pour le traitement du trauma.

Dans le cadre d'une thérapie relationnelle centrée sur l'écoute, les cliniciens peuvent aider les patients à devenir curieux et à s'intéresser à la manière dont les réactions du corps à un traumatisme passé perdurent dans leur contexte de vie actuel et dans quelle mesure l'altération de ces réponses peut permettre davantage d'adaptation en matière de fonctionnement.

La plupart des approches psychothérapeutiques ne s'adressent pas directement aux réponses corporelles traumatiques ni aux symptômes somatiques activés de manière chronique. Elles se concentrent plutôt principalement sur les interventions aux niveaux cognitif, comportemental, psychodynamique et psychopharmacologique qui, bien que validés par les recherches, ne sont couronnés que de peu de succès dans le traitement des troubles traumatiques observés dans la pratique clinique (Bradley, Greene, Russ, Dutra & Westen, 2005; Foa *et al.*, 1999; Marques, Lovell, Noshirvani, Livanou & Thrasher, 1998; Tarrier, Sommerfield, Pèlerin & Humphreys, 1999; Ursano *et al.*, 2004). Des thérapeutes de tous horizons sont souvent perplexes et frustrés par les limites des modalités de traitement existantes en matière de traitement des symptômes traumatiques présentés par leurs patients.

Ce livre répond à la nécessité d'un traitement des traumatismes sur le plan somatique, en l'absence de travaux de recherche pertinents et accessibles aux thérapeutes. Le premier public auquel s'adresse cet ouvrage comprend les psychologues, les psychiatres, les travailleurs sociaux, les psychothérapeutes, les coachs et les médecins de famille qui traitent les personnes traumatisées. En outre, nous fournissons des lignes directrices pour aider les praticiens à comprendre comment le corps contribue à la fois à l'entretien et à la résolution d'un traumatisme lié à un trouble traumatique – information qui peut s'avérer fort utile pour les infirmiers psychiatriques, les ergothérapeutes, les intervenants de crise, les défenseurs des victimes, les intervenants en situation de catastrophe, les thérapeutes corporels ainsi que les étudiants de cycle supérieur et les stagiaires intervenant en santé mentale et en traumatologie. Par ailleurs, étant entendu que la connaissance procure une capacité d'action, ce livre est conçu pour être accessible et instructif pour les patients traumatisés qui chercheraient à comprendre les causes de leurs souffrances et leurs remèdes.

Le trauma et le corps est divisé en deux sections : la première étant consacrée à la théorie, la deuxième, au traitement. La partie I explore les fondements théoriques et les principes sous-jacents aux interventions de psychothérapie sensorimotrice, en s'appuyant sur les enseignements de Pierre Janet, qui remontent au siècle dernier, ainsi que sur le travail des experts contemporains dans les différentes dimensions du traitement des traumatismes, des neurosciences, de l'étude de l'attachement, de la régulation de l'affect, de la dissociation et du travail corporel.

Le chapitre 1, « Traitement hiérarchique de l'information : dimensions cognitive, émotionnelle et sensorimotrice », défend la logique d'une approche

de traitement au niveau somatique, expliquant en quoi l'expérience traumatique perturbe la régulation physiologique et émotionnelle de l'organisme, engendrant ainsi des altérations profondes du traitement de l'information. Le modèle d'organisation hiérarchique du traitement de l'information est décrit et lié à des formes inadaptées de traitement « descendant » et « ascendant » que l'on retrouve fréquemment chez les personnes traumatisées. Y sont discutés les prérequis pour le traitement efficace de l'expérience traumatique, y compris la manière dont l'esprit et le corps traitent l'information, ainsi que l'importance du traitement ascendant.

Le chapitre 2, « Fenêtre de tolérance: la capacité de moduler l'activation », décrit la faible tolérance pour l'activation et le dérèglement des affects comme symptômes principaux des troubles traumatiques. En se focalisant sur le rôle central du dérèglement nerveux autonome dans la perpétuation des symptômes et dans la complication du traitement des traumatismes, ce chapitre examine les schèmes de régulation de l'hypo et de l'hyperactivation liés à la fonction de survie du système nerveux sympathique et parasympathique. Ces schèmes de régulation post-traumatiques empêchent le traitement de l'information en interférant avec les états d'activation optimale ainsi qu'avec la capacité d'intégration. Effectivement, un degré trop élevé ou trop faible d'activation empêche la capacité d'intégration des traumatismes. Ces paramètres de régulation constituent la pierre angulaire du « modèle de modulation » sur lequel se base la psychothérapie sensorimotrice.

Le chapitre 3, « L'attachement: le rôle du corps dans la régulation dyadique », décrit l'importance des mécanismes d'attachement en matière de régulation, sa perturbation par l'expérience traumatique précoce et ses effets sur le corps. Les écrits dans le domaine de la recherche sur l'attachement, le travail d'Allan Schore (1994) sur la régulation de l'affect et la distinction entre la régulation interactive et l'autorégulation sont invoqués pour décrire les tendances spécifiques d'autorégulation et de domination autonome incorporées dans chacun des quatre modèles d'attachement précoce. Un exemple est proposé de la façon d'aborder les effets de l'échec de dérèglement dans le cadre d'un traitement au niveau corporel et autonome.

Le chapitre 4, « La réponse d'orientation: réduire le champ de conscience », explique le processus d'orientation par lequel nous sélectionnons les stimuli sensoriels à partir des multiples indices possibles en provenance à la fois de l'environnement et de l'expérience interne. Différentes variétés d'orientation sont décrites, et les étapes de la réponse d'orientation sont définies dans le cadre d'une illustration clinique détaillée. Chez la personne traumatisée, la capacité de s'orienter vers la stimulation sensorielle, de l'interpréter et de l'intégrer de façon adaptative est notablement réduite et doit être abordée afin de permettre un traitement efficace des traumatismes.

Le chapitre 5, « Sous-systèmes défensifs : réponses de mobilisation et d'immobilisation », décrit les sous-systèmes défensifs de divers animaux, leur origine et leurs composants physiques, qui finissent par contribuer à la formation de symptômes post-traumatiques. Les étapes de la réaction de défense sont explicitées à la lumière de l'illustration clinique présentée dans le chapitre précédent. Au cours du traitement, les personnes traumatisées apprennent à (1) réorganiser les réponses de défense aggravant les symptômes et (2) promouvoir davantage d'adaptabilité et de flexibilité dans leurs schémas défensifs.

Le chapitre 6, « L'adaptation : le rôle des systèmes d'action et des tendances à l'action », décrit les systèmes psychobiologiques qui ont évolué pour soutenir les réponses adaptatives qui optimisent la survie. Ces systèmes fournissent l'impulsion nécessaire à l'exploration du monde, l'interaction par le jeu, les relations sociales, la régulation énergétique, le tissage de lien social et la capacité de s'occuper des autres. Les personnes traumatisées peinent à utiliser ces systèmes avec efficacité, car le déploiement chronique des sous-systèmes de défense prend le pas sur les autres systèmes. Le but de ce chapitre est de décrire ces systèmes d'action et leurs tendances physiques associées, d'examiner leurs relations et de réfléchir à la manière dont les thérapeutes peuvent travailler avec eux afin de permettre aux patients d'atteindre leurs objectifs avec satisfaction. Ce chapitre décrit également les processus qui rendent compte de la propension à mettre en œuvre des actions à un niveau d'organisation particulier, allant du pôle réflexif jusqu'au pôle adaptatif. L'impact des traumatismes et des expériences précoces sur les systèmes d'action et sur les tendances à l'action physiques est également abordé.

Le chapitre 7, « Le traumatisme psychologique et le cerveau : vers un modèle de traitement neurobiologique », rédigé par Ruth Lanius, Ulrich Lanius, Janina Fisher et Pat Ogden, s'appuie sur les travaux réalisés en neurosciences pour décrire les effets du traumatisme sur les structures cérébrales et leur fonctionnement, et souligne les implications qui s'ensuivent pour les interventions centrées sur le corps. La technologie de neuro-imagerie a permis d'étudier dans le détail comment un traumatisme affecte le traitement cortical et sous-cortical de l'information ; cette recherche a des implications profondes pour le traitement des symptômes post-traumatiques. Une bonne compréhension de la façon dont les interventions thérapeutiques peuvent affecter les zones cérébrales impliquées dans le traumatisme peut à la fois rendre une psychothérapie mieux adaptée et amplifier son efficacité. Ce chapitre décrit également les différences observées dans l'activité cérébrale lorsque l'individu répond à un traumatisme par l'hypoactivation ou, à l'inverse, l'hyperactivation.

La partie II de *Le trauma et le corps : Une approche psychothérapique sensorimotrice* décrit la philosophie du traitement et les techniques utilisées en psychothérapie sensorimotrice. Étant donné que les patients ayant un traumatisme complexe ont tendance à être activés par des interventions passant par

un contact trop abrupt avec le ressenti corporel, l'attention est accordée aux approches et techniques favorisant la stimulation, l'instauration de frontières et, en toute sécurité, la reconnexion progressive avec le corps. Tout au long de la deuxième partie, des exemples cliniques et des explications illustreront et clarifieront la théorie sur laquelle s'appuient la psychothérapie sensorimotrice et sa pratique.

Le chapitre 8, «Principes de traitement: mise en pratique de la théorie», traduit le matériel théorique décrit dans les chapitres précédents en termes pratiques, fournissant ainsi une orientation vers les principes qui sous-tendent la psychothérapie sensorimotrice. Sera également proposée une modélisation pour une mise en pratique de la théorie du traitement hiérarchisé de l'information au sein de l'intervention clinique. L'importance du travail dans le moment présent est soulignée, et les concepts de transfert et contre-transfert sont liés spécifiquement à l'expérience somatique du patient au cours du traitement. Le travail de pionnier effectué par Janet (1898) sur le traitement par phases des personnes traumatisées est intégré et enrichi par des perspectives théoriques contemporaines. Nous proposons un cadre pour le positionnement des interventions thérapeutiques sensorimotrices ainsi que pour la planification du traitement.

Le chapitre 9, «L'organisation de l'expérience: ressources pour le travail corporel dans le temps présent», décrit les techniques spécifiques, inspirées principalement par la méthode Hakomi (Kurtz 1990), qui permettent au patient et au thérapeute d'observer en toute sécurité, d'articuler et d'explorer l'expérience immédiate. En mettant l'accent sur le travail avec l'organisation de l'expérience plutôt qu'avec la prise de conscience sur le plan rationnel, sont proposées des techniques de pleine conscience facilitant la régulation de l'activation ainsi que l'exploration de l'organisation de l'expérience immédiate du patient. La manière dont ces compétences sont intégrées et utilisées en psychothérapie sensorimotrice est explicitée à travers une partie dédiée aux cliniciens, faisant mention des pièges et bénéfices liés à l'utilisation du toucher thérapeutique.

Le chapitre 10, «Phase 1 du traitement: développer des ressources somatiques stabilisatrices», décrit l'utilisation des ressources somatiques dans la gestion des déclencheurs traumatiques, la modulation de l'activation, l'auto-apaisement, la tolérance de l'attachement thérapeutique et de la collaboration au sein de la relation thérapeutique ainsi que l'amélioration du fonctionnement quotidien. Au cours de cette phase, le défi pour le thérapeute est d'accroître la capacité du patient à prendre conscience de la dérégulation autonome et à la maîtriser afin d'éviter que les symptômes ne s'aggravent par le biais de l'hypo ou hyperactivation. Le concept de tronc/périphérique du corps est introduit en relation avec la régulation autonome et interactive. Ce chapitre explique en quoi le développement des ressources somatiques peut contribuer à l'expansion

progressive de l'autorégulation des compétences et peut ouvrir la voie au traitement des souvenirs traumatiques lors de la prochaine étape du traitement.

Le chapitre 11, « Phase 2 du traitement : traiter les souvenirs traumatiques et restaurer les actes de triomphe », explique comment le patient, ayant atteint une capacité suffisante d'intégration au cours de la première phase du traitement, est désormais prêt à développer un sentiment de maîtrise ou de triomphe intense à l'égard des émotions, sensations corporelles et impulsions associées aux souvenirs traumatiques. Ce chapitre explore la nature de la mémoire traumatique et définit la façon dont le patient est en mesure de traiter ces souvenirs somatiques afin d'éprouver un sentiment de réussite et, ultimement, de triomphe. Il discute enfin de la manière dont les souvenirs peuvent être contactés en toute sécurité, dont les ressources sont retrouvées et dont les actions d'autonomisation sont acquises et exécutées.

Le chapitre 12, « Phase 3 du traitement : intégration et succès dans la vie quotidienne », explique comment l'axe principal du traitement se déplace désormais vers la construction de la vie pour le sujet après le traumatisme. Les interventions somatiques sont utilisées afin d'aider le patient à résoudre ses problèmes relationnels, à se réengager dans la société, à tolérer davantage d'interaction dans ses relations intimes, de risque et de changement. À ce stade, la relation thérapeutique peut servir de « laboratoire » ou de modèle permettant d'essayer de nouvelles actions/options praticables jusqu'à leur évolution vers des tendances automatiques. La relation dynamique entre le tronc et la périphérie du patient est un modèle et une métaphore permettant l'intégration somatique et une certaine souplesse d'adaptation dans la vie quotidienne. La transformation des distorsions cognitives qui entravent le plein engagement dans la vie et le développement de notre tolérance des affects positifs liés au plaisir sont également explorés dans ce chapitre.

Les thérapeutes formés aux méthodes traditionnelles qui découvrent le travail corporel pourraient se montrer hésitants à l'idée d'intégrer une approche sensorimotrice au sein de leur pratique. L'on pourrait penser que l'utilisation des états corporels et des mouvements se manifestant au cours d'une séance de psychothérapie nécessitent l'apprentissage d'une nouvelle langue et d'une nouvelle méthode d'observation. Ces préoccupations sont naturelles, et de nombreux psychothérapeutes se sentent intimidés par la découverte de ce nouveau territoire. Toutefois, l'enseignement de cette méthode à des cliniciens depuis 1981 nous a appris que le travail d'harmonisation avec les indices fournis par les états corporels du patient fait déjà partie des méthodes permettant le travail thérapeutique avec les patients et l'étude de leurs états internes. La majeure partie de la communication humaine ne passe pas par le langage verbal, mais plutôt par le langage du corps : l'expression du visage, le contact visuel, le mouvement, le comportement, la posture, l'activation autonome, les gestes, la tension musculaire,

et ainsi de suite. En d'autres termes, le sens et l'interprétation de chaque conversation que nous avons avec un autre être humain reposent sur l'observation, la déduction, la compilation et l'interprétation des mouvements corporels de l'autre, de sa posture et de ses expressions. Notre communication provient en grande partie des processus corporels qui adviennent en réponse aux comportements de l'autre.

Effectivement, à ce stade, le lecteur serait en droit de se poser la question inverse : si ce livre a pour objet de discuter d'une méthode basée sur une compétence innée et manifestement très sophistiquée en matière d'interprétation du langage corporel et de réguler notre interlocuteur sur un versant interactif par ce langage, pourquoi ne sommes-nous pas déjà adeptes de la méthode décrite dans ce livre ? L'art et la science de la psychothérapie sensorimotrice consistent à rendre conscients ces processus inconscients, prêtant ainsi une « langue » à la communication non verbale qui représente une partie si importante de nos interactions avec autrui. Il est paradoxal que nous ayons presque complètement négligé de faire de l'étude de cet art l'objet principal de nos études, alors que la pratique clinique fait partie de ces interactions régies par cette communication non verbale. Comprendre et traduire la langue de communication utilisée par le corps sont au cœur de la psychothérapie sensorimotrice. Ainsi, le processus d'apprentissage en psychothérapie sensorimotrice implique l'étude attentive de la résonance des états physiologiques d'une autre personne au niveau de notre propre expérience corporelle et de la manière dont ces états peuvent fournir une base utile pour la formulation des réponses verbales conscientes que nous partagerons avec nos patients. Ce livre décrit l'étude sérieuse de ce processus interactif au cours des deux dernières décennies et demie.

Le tissage tant sur le plan pratique que sur le plan théorique de la psychothérapie sensorimotrice avec les modèles psychodynamiques ou cognitivo-comportementaux, y compris l'EMDR et les traitements d'exposition, peut contribuer à unifier le corps et l'esprit dans le cadre du traitement des traumatismes. En outre, ce travail peut être efficacement faire office d'enrichissement d'autres modalités psychothérapeutiques déjà existantes.

Il convient de noter que les méthodes présentées dans ce livre ne concernent pas uniquement les traumatismes. L'approche sensorimotrice est également applicable aux dynamiques normales inhérentes aux interactions familiales qui façonnent le développement et la formation de la personnalité du patient, ainsi que sa capacité en matière d'interactivité. L'objectif ultime de la combinaison des interventions somatiques et cognitives n'est pas uniquement de soulager les symptômes et de résoudre le passé traumatique, mais également d'aider les patients à découvrir un nouveau sens de soi réorganisé. Le sens de soi ne se développe pas seulement dans le contexte de croyances, métaphores et réponses émotionnelles, on le retrouve également dans le développement

qui se produit au niveau organique au cours de l'évolution de l'organisation physique du corps du patient.

Le corps de certains patients traumatisés est généralement dans un état d'effondrement, de figement, d'immobilisation, évoquant l'image d'un soi inefficace. D'autres évoquent un corps dans un état d'hyperactivation chronique, en proie à des dérégulations, ainsi qu'un soi « disjoint ». La psychothérapie sensorimotrice aide ces patients à réguler leurs expériences physiques et à découvrir davantage de réponses d'adaptation permettant un « ancrage » de leur sens de soi, leur donnant un sentiment de compétence et les orientant ainsi vers leur expérience immédiate. À mesure que le niveau d'activation, la sensation, la posture et le mouvement corporel changent de manière adaptative, un sens de soi différent et plus positif émergera, grâce au soutien de ces changements physiologiques. Ainsi, nous espérons, par la synthèse des éléments ascendants et descendants, pouvoir allier le meilleur de ces deux mondes, afin d'aider les patients souffrant de traumatismes chroniques à trouver une résolution de leur souffrance et un sens à leur vie, mais également de permettre l'élaboration d'un nouveau sens de soi intégré sur le plan somatique.

PARTIE I

Théorie

CHAPITRE 1

Traitement hiérarchique de l'information : dimensions cognitive, émotionnelle et sensorimotrice

Chez les personnes ayant subi des traumatismes, le cycle répétitif et débilitant de l'interaction corps/esprit maintient un trauma du passé « en vie », perturbant ainsi le « sens de soi » et renforçant les troubles liés à ce trauma. De nombreux individus voient alors les souvenirs de leurs expériences traumatiques fragmentés. S'ensuivent une multitude de réponses neurobiologiques qui peuvent aisément se voir réactivées, des souvenirs non verbaux déroutants et intenses. Ces réactions sensorimotrices et ces symptômes « racontent l'histoire » sans appel aux mots, tout comme si le corps de ces personnes savait ce qu'elles ne savent pas au niveau cognitif. Les individus ignorent communément que ces réactions – les sensations corporelles intrusives, les images, les odeurs, la douleur physique et la constriction, l'engourdissement, et l'incapacité à moduler l'activation – sont en réalité les traces d'un trauma antérieur. Souvent, dans l'incertitude de ce qui s'est passé et de la manière dont elles l'ont enduré, les personnes ayant subi des traumatismes ont tendance à interpréter ces réponses sensorimotrices réactivées comme représentant des données relatives à leur identité ou à leur être : « Je ne suis jamais en sécurité », « Je suis marqué », « Je suis sans valeur et donc je ne peux être aimé ». Ces croyances sont reflétées sur le plan corporel et affectent la posture, le souffle, la liberté de mouvement, le rythme cardiaque et même la respiration (Aposhyan, 2004; Caldwell, 1997; Heckler, 1993; Keleman, 1985; Kepner, 1987, 1995; Krueger, 2002; Kurtz, 1990; Kurtz & Prester, 1976; Lowen, 1975; Reich, 1945/1972; Rosenberg, Rand & Asay, 1985). Par ailleurs, chaque adaptation somatique à un trauma influence à son tour la façon

dont la personne qui l'a subi interagit avec son environnement, ainsi que le sens qu'elle attribuera à ses expériences ultérieures.

Plutôt que d'aider à résoudre ces symptômes, la tentative de traitement des événements traumatisants en les décrivant par la parole ou en évacuant les émotions qui leur sont associées peut précipiter les « souvenirs somatiques » sous la forme de sensations physiques, d'engourdissement, d'activation dérégulée et de mouvements involontaires. Ces réponses corporelles intenses, à leur tour, peuvent alimenter les émotions liées au trauma telles que la terreur, la peur, l'impuissance, le désespoir, la honte et la rage. Toute tentative de description des événements traumatisants du passé entraîne une irruption de ce dernier dans le présent, et l'orientation vers la réalité actuelle peut en être partiellement ou temporairement perdue (Tarrier *et al.*, 1999 ; Burnstein, Ellis, Teitge, Gross & Shier, 1986 ; McDonough-Coyle *et al.*, 2000 ; Pitman *et al.*, 1991 ; Scott & Stradling 1997 ; Devilly & Foa 2001 ; Tarrier, 2001).

Le fait de « se souvenir » du trauma est vécu comme un renouvellement de l'expérience : « Ça se produit de nouveau – je ne suis toujours pas en sécurité ». Lors de ces expériences insécurisantes, le cerveau « pensant » – le cortex frontal – est mis hors jeu. En conséquence, les décisions et actions qui en résultent en réponse à l'expérience corporelle de la menace ont tendance à être impulsives, dangereuses, ou encore inadaptées à la réalité immédiate. Autrement dit, l'individu a l'impression de voir confirmées les croyances basées sur le trauma – on entend par là les croyances qui exacerbent les symptômes somatiques : « Ce doit être vrai que rien de bon ne peut m'arriver », « Ce doit être vrai que je ne mérite pas d'être en sécurité ».

La complexité et la variété des symptômes qui affectent à la fois l'esprit et le corps laissent perplexes aussi bien les thérapeutes que les patients. Mettant en exergue le rôle de la dissociation dans les symptômes traumatiques, Pierre Janet (1889) a souligné la manière dont les traumas non résolus donnent lieu à des déficits profonds en matière de capacité d'intégration de l'expérience. Certains processus normalement unifiés, comme les émotions, les pensées, l'identité, la mémoire et les éléments somatosensoriels, peuvent parfois être dissociés (Spiegel & Ardena, 1991). Cet échec au niveau intégratif entraîne un « cloisonnement excessif de l'expérience : les éléments d'un trauma ne sont intégrés ni dans un ensemble unitaire ni dans le cadre d'une notion de soi intégrée » (van der Kolk, Van der Hart & Marmar, 1996, p. 306). Une forme de cloisonnement est apparente dans la propension des individus ayant subi des traumas à alterner entre (1) l'évitement du ressenti émotionnel, l'engourdissement corporel et l'évitement des stimuli qui rappellent le trauma et (2) la reviviscence du trauma au travers de flash-back intrusifs, de rêves, de pensées et de symptômes somatiques (Chu, 1998 ; Meyers, 1940 ; Spiegel, 1990, 1997 ; Van der Hart *et al.*, 2004 ; Van der Kolk & Van der Hart, 1989). Comme l'a dit James Chu, « ce schème biphasique est le résultat de

la dissociation : les événements traumatisants sont mis à distance et dissociés du champ de conscience normal lors de la phase d'engourdissement, pour revenir par la suite lors de la phase intrusive » (1998, p. 33).

Les symptômes en émergence au cours de chaque phase de dissociation sont fort distincts. Lors de la phase intrusive, la personne est en proie à des fragments de souvenirs traumatiques non intégrés qui reviennent de manière spontanée. Dans la phase de l'engourdissement, ces fragments sont tenus à distance. Toutefois, l'individu se sent engourdi et détaché, vivant « à la surface du champ de la conscience » (Appelfeld, 1994, p. 18). Les symptômes dissociatifs dans chaque phase sont davantage compliqués par leur nature à la fois psychologique ou psychoforme, et sensorimotrice ou somatoforme (Nijenhuis & Van der Hart, 1999 ; Van der Hart, Van Dijke, Van Son & Steele, 2000).

Les symptômes psychoformes impliquent une dissociation des fonctions mentales et se manifestent sous la forme d'affects envahissants, de difficultés de concentration, d'amnésie et autres problèmes de mémoire, et de modification des systèmes de croyances.

Les symptômes dissociatifs somatoformes entraînent des modifications sur le plan des sensations corporelles, des mouvements et de la sollicitation des sens. Ils comprennent des distorsions sensorielles, des activations physiologiques dérégulées et des déficits de sensation corporelle, des douleurs, des difficultés de mouvement ainsi que la reviviscence de traumatismes à travers des fragments somatosensoriels. Van der Hart et ses collègues ont judicieusement noté qu'il convient de considérer les symptômes psychoformes et somatoformes comme les deux faces d'une même médaille, dans la mesure où « tous deux représentent des expressions de processus dissociatifs sous-jacents à l'œuvre au sein de l'union inséparable psyché/soma » (2000, p. 35). L'amalgame complexe de symptômes somatoformes et psychoformes impose une approche de traitement permettant d'intervenir directement contre les effets du trauma à la fois sur le corps et l'esprit.

1. Le cerveau triunique

La capacité des êtres humains à développer une conscience réflexive, à interpréter, à développer une capacité de pensée abstraite et à éprouver des sentiments s'inscrit dans le cadre d'une relation à la fois hiérarchique et développementale des réponses instinctives et inconscientes du corps. Ces réponses hiérarchisées et évolutives vont de l'activation instinctuelle et des défenses physiques aux sentiments et aux expériences émotionnelles, aux pensées, à l'autoréflexion, aux croyances et à l'assignation de sens.

La notion de traitement d'information hiérarchique de Wilber (1996) classe l'échelle évolutive et fonctionnelle en trois niveaux d'expérience organisationnelle : cognitif, affectif et sensorimoteur. En neuropsychologie,

une compréhension parallèle de cette hiérarchie a été formulée par MacLean, qui a dépeint le concept du cerveau triunique comme un « cerveau dans un cerveau dans un cerveau » (1985, p. 8). Le cerveau reptilien, premier en matière de développement dans une perspective évolutive, gouverne l'activation, l'homéostasie de l'organisme et les moteurs de reproduction. Il est indirectement lié au niveau de traitement des informations sensorimotrices, qui comprend les sensations et les mouvements programmés. En corrélation avec le traitement émotionnel, le « cerveau paléomammalien » ou « cerveau limbique », que l'on retrouve chez tous les mammifères, entoure le cerveau reptilien et agit en qualité de médiateur de l'émotion, de la mémoire, de certains comportements sociaux et de l'apprentissage (Cozolino, 2002). Le dernier cerveau en matière de développement phylogénétique est le néocortex, qui permet le traitement des informations cognitives, comme la conscience réflexive et la pensée conscientisée, comprend de grandes parties du corps calleux, relie les hémisphères droit et gauche du cerveau (MacLean, 1985) et favorise la consolidation des informations (Siegel, 1999). Ainsi, les trois niveaux de traitement d'information, cognitif, émotionnel et sensorimoteur, peuvent être en quelque sorte considérés comme étant corrélés avec les trois niveaux d'architecture du cerveau.

Différents types de connaissances proviennent de chacun de ces cerveaux. Le cerveau reptilien produit « les connaissances comportementales innées : la propension instinctive à l'action et des habitudes en lien avec certaines questions de survie primitives » (Panksepp, 1998, p. 43). Le système limbique procure « les connaissances de nature affective : des sentiments subjectifs et des réponses émotionnelles à des événements au niveau de l'environnement » (Panksepp, 1998, p. 43). Le néocortex engendre « [...] les connaissances déclaratives [...] des informations propositionnelles sur le monde » (Panksepp, 1998, p. 43). Panksepp a clarifié la relation comportementale et fonctionnelle de ces trois « cerveaux » (p. 43) :

Le noyau reptilien, le plus interne, du cerveau élabore des plans d'action de base instinctifs pour les processus émotifs tels que l'exploration, l'alimentation, les manifestations de dominance agressives et la sexualité. Le cerveau primitif mammalien, ou système limbique, ajoute une résolution comportementale et psychologique pour toutes les émotions et médiatise spécifiquement les émotions sociales telles que l'anxiété relative à la séparation / au lien social, la jovialité et le « maternage ». Le cortex néomammalien, qui est hautement développé, génère des fonctions cognitives supérieures, le raisonnement et la pensée logique.

Chacun des trois niveaux du cerveau a donc sa propre « compréhension » de l'environnement et réagit en conséquence. Un niveau donné peut devenir dominant et l'emporter sur les autres, en fonction des conditions internes et environnementales. Dans le même temps, ces trois niveaux sont interdépendants et entrelacés (Damasio, 1999 ; LeDoux, 1996 ; Schore, 1994),

” Une approche centrée sur le corps et ses messages

Les implications profondes de l'expérience traumatique sur les réactions sensorimotrices – les images intrusives, sons, odeurs, sensations corporelles, tensions, douleurs physiques et engourdissements – ainsi que la nécessité d'une approche holistique centrée sur le corps sont désormais bien connues. Toutefois, les prises en charge thérapeutiques conventionnelles excluent encore trop souvent la dimension corporelle.

L'approche holistique détaille un modèle de prise en charge complet et cohérent. Intégrant à la fois les théories et techniques traditionnelles de la thérapie narrative à la psychothérapie corporelle, Pat Ogden et ses co-auteurs présentent une avancée spectaculaire dans le traitement du trauma. Ils expliquent comment utiliser concrètement les mouvements et les sensations de son corps pour aider à guérir les blessures du trauma grâce à un traitement en trois phases :

1. développer les ressources somatiques de stabilisation ;
2. traiter les mémoires traumatiques ;
3. maîtriser l'intégration somatique.

Ce livre dispense nombre de stratégies permettant d'aider les patients à prendre conscience de leur ressenti corporel, de pister leurs sensations et graduellement de mettre en place des actions physiques fortifiantes.

Pat Ogden est la fondatrice et directrice du *Sensorimotor Psychotherapy Institute*. Elle exerce au sein de son cabinet privé dans le Colorado (États-Unis), consulte et enseigne la psychothérapie sensorimotrice.

Kekuni Minton est co-fondateur du *Sensorimotor Psychotherapy Institute* où il exerce comme formateur. Il consulte dans son cabinet privé dans le Colorado (États-Unis).

Clare Pain consulte dans le service dédié au trauma du Mount Sinai Hospital (New York). Elle est également associée au *Centre for Victims of Torture*.

Julien Bonnel est psychologue clinicien et superviseur EMDR. Il pratique la thérapie systémique, la *Somatic Experiencing* ainsi que la thérapie d'écoute et de soutien. Il est spécialisé dans l'accompagnement de personnes confrontées à des psychotraumatismes.

ISSN : 1780-9517

ISBN : 978-2-8073-3448-9



9 782807 334489

deboeck
SUPÉRIEUR

www.deboecksuperieur.com