

Psychotraumatologie centrée compétences

Hélène Dellucci Psychologue, thérapeute familiale, superviseur et formatrice, praticienne EMDR et consultante EMDR Europe

Résumé

Psychotraumatologie centrée compétences. – Les traumatismes psychiques faisaient partie jadis des tableaux cliniques les plus récalcitrants. Aujourd'hui, avec les méthodes de la psychotraumatologie moderne, cette affection devient facilement appréhendable. Cet article fait le tour des différents types de réactions traumatiques après des événements négatifs et propose une lecture et des pistes centrées compétences, à partir du Modèle de Bruges. A travers les différentes phases d'une thérapie en psychotraumatologie seront abordées la stabilisation, l'importance de l'attachement pour se mettre au travail, et les conditions pour un travail psychothérapeutique qui permette de s'affranchir des traumatismes psychiques.

Introduction

Un traumatisme psychique est une blessure émotionnelle, qui reste après un événement, le plus souvent négatif.¹ D'un point de vue neurologique, le monde de la psychotraumatologie s'accorde à dire qu'il s'agit d'un réseau neuronal, qui n'est pas en lien avec des réseaux ressources, et qui, lorsqu'il est déclenché, par une similitude en termes de date (période anniversaire), ou d'un déclencheur d'une autre nature (par exemple: un crissement de pneus, une porte derrière soi, un mot, une ressemblance avec un agresseur), provoque une réaction de survie, comme si, sur le plan cérébral, la personne se retrouvait dans la même situation, au même moment.

En général, il s'agit de personnes, qui, lorsqu'elles ne se trouvent pas confrontées à un déclencheur, sont de très bon conseil pour autrui, avec un accès aux ressources bien présent. Au moment où un déclencheur dans l'environnement

¹ La plupart des traumatismes psychiques sont causés par des expériences négatives. Cependant, il existe des événements que l'on appelle « souvenirs-étoile », qui sont en soi des souvenirs positifs, mais qui, de par leur débordement physiologique et la réaction de survie qui s'ensuit, laissent une trace contenant une charge émotionnelle telle, que l'inscription dans le réseau neuronal est la même que pour une expérience négative.

active ce réseau neuronal qui contient une charge émotionnelle importante, la réaction de survie implique l'inhibition des zones préfrontales dont nous aurions besoin pour l'intégration et l'apprentissage. De cette manière, tout apprentissage est empêché, et la personne expérimente le plus souvent des sentiments d'incompréhension et d'impuissance face à sa propre réaction. La multiplication de ce type d'expérience peut mener à la conviction de se retrouver sans cesse au point de départ, quels que soient les efforts consentis pour changer les choses.

Les traumatismes psychiques faisaient jadis partie des tableaux cliniques les plus difficiles à traiter. Aujourd'hui grâce à des méthodes spécifiques, qui ont fait leurs preuves, les traumatismes psychiques sont parmi les troubles les plus facilement guérissables, pourvu que le professionnel suive les règles que propose la psychotraumatologie. Avec Cyril Tarquinio (2013), nous sommes d'accord pour dire que l'efficacité de ce travail et la robustesse des résultats ne manqueront pas de révolutionner la psychopathologie en ce sens, que si la dimension traumatique peut être guérie en premier lieu, les autres symptômes, qu'ils soient d'ordres dépressifs, addictifs, voire appartenant à des tableaux plus lourds encore, perdent de leur consistance.

Symptomatologie de l'Etat de Stress Post-traumatique

Le DSM-IV-TR (2002) prévoit pour les Etats de Stress Post-Traumatiques (ESPT) quatre types de symptômes à savoir: l'évitement, la restriction du champ de conscience, l'hyperactivation physiologique et les symptômes intrusifs (des flashbacks, des idées obsédantes, des sons,...).

Si nous les regardons par la lunette de l'approche centrée compétences, ces signes cliniques sont déjà l'expression de ressources.

Les symptômes intrusifs signalent à la personne que quelque chose d'important mérite attention, que l'expérience passée lui a enseigné qu'il y a danger lorsque ce signal perçu est présent. Quelles que soient les choses qui aient pu se produire dans le passé de la personne, en psychotraumatologie centrée compétences, nous ne nous intéressons pas principalement au contenu traumatique. Cela ne sert à rien. Notre travail en tant que thérapeutes, si nous souhaitons aider la personne, est de nous intéresser à ses ressources de survie. Plus la liste des événements difficiles est longue et sordide, plus le simple fait que la personne soit encore là pour nous parler signale que la liste des compétences de survie est au moins aussi importante, sinon davantage. D'un point de vue phylogénétique, nous sommes très bien outillés, physiologiquement, pour réagir de manière pré réfléchie en situation de danger. Ces systèmes réflexes orientent nos comportements, arrêtent la pensée, tout comme les autres programmes à long terme, comme par exemple la digestion, l'immunité... et nous dirigent vers la survie à court terme. Les personnes, lorsqu'elles mettent en place des compétences de survie, n'inscrivent pas cela dans un curriculum vitae de ressources, avec lequel elles viendront se présenter à nous. C'est la tâche du thérapeute, de regarder d'abord ces compétences si importantes, même s'il n'en connaît pas encore le détail, puis de questionner de telle manière que ces détails puissent émerger à la conscience: «Et comment avez-vous fait, après tout cela, pour être encore là aujourd'hui?», «Comment avez-vous fait pour survivre à cela?» lorsque les personnes racontent

une série d'événements qui peuvent encore étonner par leur degré de violence. « Et qu'avez-vous fait juste après... ? » lorsque la personne raconte un événement unique. « Comment avez-vous réussi à grandir malgré tout ? » lorsque sont rapportées des maltraitances, des négligences qui ont marqué toute une enfance. « Comment avez-vous fait pour résister si longtemps ? » lorsqu'une personne raconte être restée au sein d'une relation abusive pendant des années. Il s'agit là de questions authentiques, destinées pour une part à transmettre à la personne l'intérêt du thérapeute pour ce qui a marché, d'autre part qui permettent de parler des traumatismes, sans rentrer dans le détail de ce qui s'est passé, mais plutôt dans le détail des ressources de survie. Ce processus amène, petit à petit, la personne à prendre conscience qu'elle a déjà fait l'essentiel face à la situation donnée. C'est au thérapeute de recadrer ces réactions que sont les reviviscences, comme une réaction normale et adaptée de l'organisme, qui tente de mettre en place les ressources de survie dès que possible, afin d'échapper au danger. Il s'agit en même temps de la signature d'une blessure traumatique, car le cerveau se comporte comme s'il ne savait pas que le temps s'était écoulé et que la personne n'est plus en danger dans l'ici et maintenant.

Le second symptôme, l'évitement, est commun à toute personne traumatisée, quels que soient le degré et la chronicité de la traumatisation. Il s'agit d'un apprentissage intelligent de la part de l'organisme, qui, devant les réactions coûteuses en énergie que provoquent les déclencheurs, finit par faire un détour autour de ce qui fait mal. Nous considérons l'évitement comme une ressource, qui permet à la personne de choisir de ne pas se confronter aux choses douloureuses. Et tant que la personne n'est pas suffisamment stabilisée pour en découdre avec les expériences passées, de façon à en faire des souvenirs comme les autres, tant qu'elle n'a pas trouvé un interlocuteur en qui elle aura suffisamment confiance, l'évitement est la meilleure stratégie.

Néanmoins, l'évitement, même s'il est utile à court terme pour continuer la vie quotidienne et la stabiliser, ne guérit pas la blessure émotionnelle. Ce réseau traumatique reste dormant, et activable lorsqu'un déclencheur apparaît dans l'environnement. Neurologiquement parlant, face à un élément reconnu par l'amygdale comme pertinent, la réponse émotionnelle et physiologique est incompressible et immédiate. C'est la raison pour laquelle, nous proposons, à l'issue d'une période de stabilisation et de partage d'informations suffisantes pour que la personne puisse décider avec un consentement parfaitement éclairé, une démarche de confrontation où l'EMDR (Shapiro, 1991) reste un outil préférentiel, d'une part en raison de son efficacité, d'autre part pour sa rapidité. Cette approche a l'avantage de permettre un travail sur le traumatisme avec une exposition restreinte, n'impliquant aucun exercice d'exposition à domicile. Même si à l'origine, l'EMDR est centré sur la résolution de séquelles post-traumatiques, nous pouvons proposer aujourd'hui un protocole modifié, de façon à le rendre parfaitement compatible avec une approche centrée compétences (Dellucci et Vojtova, 2012; Dellucci, 2013).

La restriction du champ de conscience, qui est une conséquence de l'évitement et l'hyperactivation émotionnelle constituent deux autres symptômes majeurs de l'État de Stress Post-Traumatique. A ce titre, nous aimons nous référer au schéma de la fenêtre de tolérance de Siegel (1999), qui a l'avantage de nous centrer avant tout sur la réponse physiologique du corps.

Guidés par le degré d'activation de la réponse physiologique, les auteurs nous montrent que l'intégration et l'apprentissage nécessitent de rester dans notre « fenêtre de tolérance », c'est-à-dire un état physiologique dans lequel notre

cerveau peut fonctionner de manière intégrative entre ses différents niveaux de traitement,² et de ce fait transformer une expérience, même émotionnellement forte, en un tout compréhensible, dicible, en en faisant un fait biographique situé dans le temps et contrôlable émotionnellement.

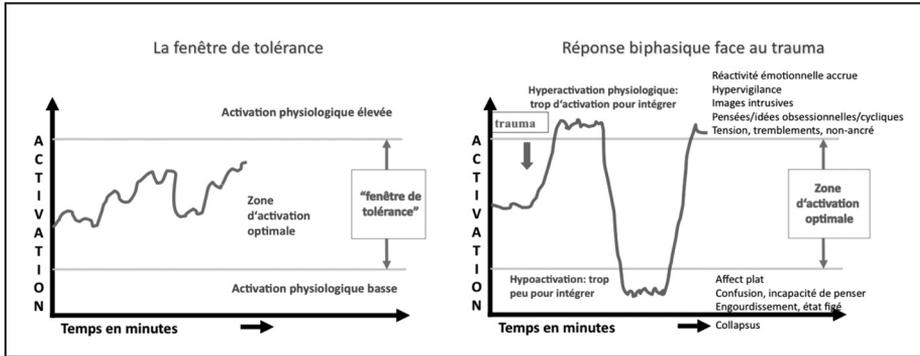


Figure 1. Modèle de la fenêtre de tolérance (Siegel, 1999) et de la réponse biphasique face au traumatisme (Ogden et Minton, 2000)

Le profil en cas de traumatisme est différent : il s'agit d'une expérience qui, à un moment donné, a suffisamment dépassé nos capacités d'intégration, et de ce fait, n'a pu être intégrée. Steven Porges (2001, 2011) nous enseigne que, sur un plan physiologique, les réactions de survie ne nous permettent plus d'être en lien avec autrui, peu importe s'il s'agit d'hyperactivation, correspondant à une réaction sympathique forte, provoquant une réaction de fuite ou de lutte incontrôlable ou d'hypoactivation, correspondant à une réaction parasympathique dorsale, se montrant avant tout par de la confusion, une perte du tonus musculaire pouvant aller jusqu'au collapsus total. Dans le monde animal, cela consiste à faire le mort. Ces réactions font partie de notre arsenal de survie immédiate. Hyperactivation et hypoactivation physiologiques, au moment du trauma, se succèdent. Les éléments sensoriels de l'expérience ne sont pas métabolisés, mais juste « imprimés » et « mis de côté ». Plus tard, lors du travail sur le traumatisme, ces éléments sont retrouvés, et revécus en accéléré, de façon à transformer une réaction de dépassement, en une réaction émotionnellement contrôlable. Cela permet ainsi au cerveau de transformer un réseau neuronal traumatique, uniquement sous-cortical, en une expérience totale, un réseau impliquant la totalité du cerveau et permettant ainsi de dire, sans être débordé émotionnellement, qu'à l'époque s'est passée cette expérience difficile, mais qu'aujourd'hui, après tout ce temps, j'ai appris des choses, et cela ne m'empêche plus de faire ce que je souhaite. Ainsi, les principaux changements après un travail d'intégration sont que la personne souhaite passer à autre chose, n'est plus happée par l'expérience difficile, peut y accéder sans évitement, peut en parler ou pas, bref retrouve sa capacité à faire des choix et à faire des choses cohérentes avec ses objectifs. Les insomnies cessent, le degré d'anxiété baisse, les personnes vont de l'avant, sont intéressées davantage par la prévention que par l'évitement.

² Un fonctionnement intégratif du cerveau suppose une synergie de traitement entre les zones sous-corticales (tronc cérébral, diencephale et système limbique) et les zones corticales.

Les différents types de traumatismes psychiques

En fonction du temps écoulé depuis un événement survenu, du nombre d'expériences traumatiques non encore intégrées, de l'âge de leur occurrence, ainsi que leur durée, les tableaux cliniques diffèrent. Plus l'événement est récent et unique, plus il est concordant avec les symptômes décrits plus hauts. Plus les événements sont répétés, plus ils ont eu lieu tôt dans la vie, et plus ils sont d'ordre relationnel, plus le fonctionnement s'est organisé autour de ces blessures, qui somme toute, se gardent bien à travers le temps, parfois même sur plusieurs générations. Rappelons que quel que soit le degré de traumatisation et sa durée, tout traumatisme est complètement guérissable.

La réaction de stress aigu

Il s'agit ici de la réaction immédiate après un événement potentiellement traumatique. Nous ne parlons pas de traumatisme à ce moment. Ce dernier fait partie d'un trouble qui se chronicise au-delà de trois mois. La réaction de stress aigu se résume à la période de vulnérabilité, faisant suite à la rupture de notre illusion d'invulnérabilité et d'immortalité, avec laquelle nous vivons quotidiennement, et qui nous permet de nous centrer sur nos projets, de nous projeter dans l'avenir. Un événement qui dépasse les capacités d'intégration faisant irruption dans une vie sort la personne dans un premier temps de la trajectoire qu'elle s'était donnée et qui semblait aller de soi.

Les spécialistes mondiaux, réunis par Hobfoll et ses collègues (Hobfoll et coll., 2007), se sont penchés sur les principaux critères qui permettent de récupérer, individuellement ou collectivement après des catastrophes. Ils en ont retenu cinq : 1) pouvoir se sentir en sécurité, 2) être en capacité de s'apaiser, 3) retrouver un sentiment d'auto-efficacité et d'efficacité pour la communauté, 4) être relié à autrui, et 5) avoir de l'espoir.

Ces critères restent valables, quel que soit le niveau d'intervention, individuel ou collectif, précoce ou après des années. Le sentiment de sécurité vient avant tout. Il est primordial, et c'est ce qui va produire le contraste le plus important avec l'expérience potentiellement traumatique, qui a appris aux personnes que leur intégrité n'est pas sauve. Sans sécurité, la capacité à retrouver son calme est illusoire et ne se résumera qu'à des moments de sous-activation sous forme de perte d'énergie, de collapsus. Le second critère, à savoir trouver ou retrouver des moyens pour s'apaiser est la seconde tâche, qui permettra aux personnes de retrouver une sensation de contrôle sur leur propre expérience. Lorsqu'un événement difficile touche une collectivité, la ressource de pouvoir s'apaiser les uns les autres devient primordiale. Cela nous amène directement au critère d'auto-efficacité, tant pour soi que pour sa communauté. Les auteurs indiquent qu'il est plus thérapeutique, pour les personnes touchées dans des zones de catastrophe, d'aider à reconstruire un abri ou une école, que de bénéficier d'une intervention psychologique. Nous avons observé, spécialement pour les personnes souffrant de traumatismes complexes et troubles dissociatifs, qu'ils ont tendance à appliquer les exercices de stabilisation d'abord à autrui, et étonnés devant leur efficacité auprès des autres, finissent par consentir à les faire pour eux-mêmes. Être relié à autrui est à notre sens un des critères les plus importants pour contrer l'installation d'un traumatisme dans la durée. La présence, sans jugement,

de personnes soutenantes, mais non intrusives, prévient la rupture du lien et l'aggravation des difficultés après une expérience potentiellement traumatique.

Le dernier critère rejoint par excellence les approches centrées compétences : la capacité de se projeter dans l'avenir, génératrice d'espoir. A travers les récits de l'histoire, tant en camp de concentration (Semprun, 1994), qu'en soins intensifs (Charbonier, 2012), ce critère de garder ou retrouver espoir est l'un des meilleurs prédicteurs au service de la survie. On peut dès lors le supposer valable dans toutes les situations entre ces deux extrêmes.

C'est dans ce cadre des réactions de stress aigu qu'ont été inventés et mis en place les débriefings collectifs et individuels, ayant pour objectif principal de prévenir l'installation de la blessure traumatique chronique, et permettre, dans un premier temps, aux soldats de retourner au front, et plus tard, à toute personne de se réinsérer rapidement dans un quotidien fonctionnel. Rose et ses collègues (2009) ont conduit une méta-analyse incluant une quinzaine de recherches cliniques faites pendant quinze années de pratique du débriefing en séance individuelle unique. Leur conclusion est édifiante : ceux qui ont bénéficié d'un débriefing psychologique, dix ans après, vont en moyenne moins bien que ceux qui n'ont eu aucune intervention.

Si nous réfléchissons aux résultats décrits par Rose et coll. (2009) à la lumière de ces recherches récentes et des arguments de l'approche centrée compétences, cela nous amène à dire que le fait de décrire les détails de l'expérience difficile sans stabilisation suffisante pour une exposition franche, amène à la consolidation du réseau traumatique, et non à sa résolution. Ce qui nous paraît important est d'une part, maintenir la personne dans sa fenêtre de tolérance, garantissant la préservation du contact avec autrui et les capacités d'intégration, et d'autre part activer la salutogenèse, pour décrire la résorption spontanée du sentiment de vulnérabilité et l'autoguérison, consistant à transformer le réseau neuronal traumatique par une mise en lien avec les réseaux ressources.

Ce qui précède, nous amène à proposer une intervention, à la place du débriefing classique, cohérente avec l'approche centrée compétences. Après s'être rendu prédictible à travers un cadre sécurisant et après avoir apaisé corporellement et émotionnellement la personne ou le groupe, la description de l'expérience négative est réduite à sa plus brève expression. Le but de tout récit sur ce qui s'est passé est d'arriver à décrire ce qui a été le plus difficile pour la personne concernée. Pour raccourcir le temps d'exposition, il est donc utile de poser cette question aussi rapidement que possible, c'est-à-dire dès le début du récit. Une fois cette dimension exprimée, les personnes sont en général d'accord pour suivre le professionnel dans le questionnement sur leurs besoins immédiats, dans l'ici et maintenant, avant de restaurer les repères dans la vie quotidienne.

Les collègues intervenant dans les territoires occupés et en crise, en Palestine et en Israël ont mis au point des protocoles d'intervention, utilisant l'EMDR après des événements récents chez les adultes (Kutz et Bleich, 2005 ; Kutz et coll., 2008 ; Quinn, 2009 ; Shapiro, 2009) et les enfants (Zaghrou et Dodgson, 2008). Ces interventions se font souvent en milieu hospitalier, voire au service d'urgences, par des professionnels qualifiés avec cette population et ce type d'intervention.

L'ESPT simple

Si les réactions émotionnelles et les symptômes persistent au-delà de trois mois, nous pouvons parler d'un Etat de Stress Post-Traumatique. L'ESPT simple consiste en un événement unique, ou plusieurs événements dans une vie, sans lien les uns avec les autres. Pragmatiquement, les professionnels parlent d'un « coup de tonnerre dans un ciel bleu », c'est-à-dire que la personne n'a pas de séquelles préétablies. Un événement unique est guérissable en une à trois séances d'EMDR (Shapiro, 2001), trois à cinq séances, si l'on prend en compte une séance de stabilisation et une séance de clôture. Cette rapidité, qui peut paraître surprenante, s'appuie sur les capacités d'auto-guérison du cerveau, qui en cas de traumatismes simples, permet à trois quarts des personnes de se remettre sans séquelles d'une expérience traumatique. C'est aussi la raison pour laquelle, dans un cabinet de psychotraumatologue, ce sont les tableaux cliniques les plus rares.

La multiplication de blessures traumatiques, si celles-ci restent en nombre raisonnable, sans lien entre elles, et sans troubles de l'attachement, peut être qualifiée de traumatismes multiples, tout en restant dans un cadre d'ESPT simple. En général, une dizaine de séances permettent d'en venir à bout, et les interventions thérapeutiques restent brèves.

L'ESPT complexe

La plus grande cohorte de personnes traumatisées est formée par ceux qui ont accumulé les expériences difficiles à travers le temps. Ces personnes, qui ont déjà mis en place des ressources de survie hors pair, sont souvent épuisées par une lutte incessante contre les effets des déclencheurs dans leur quotidien. Les symptômes francs de l'ESPT sont moins visibles, car noyés dans une comorbidité plus vaste, faite en majorité de troubles de l'attachement et de dépressions chroniques, mais aussi de troubles du comportement alimentaire (Garner et Garfinkel, 1985; Root et Fallon, 1988), de tableaux anxieux ou compulsifs, d'addictions, de mises en danger (Felitti et coll., 1998), d'automutilations (van der Kolk et coll., 1991) et de comportements les mettant en risque d'expérimenter davantage de situations victimisantes.

Il s'agit de survivants au sens propre. Ces personnes ont pour la plupart fait face à des événements dont nous ne saurons sans doute jamais l'ampleur, sans pour autant savoir consciemment comment ils ont réussi à survivre. C'est la tâche du thérapeute de faire émerger cela à la conscience. Il s'agit de personnes, pour lesquelles les méthodes d'exposition simples ne marchent pas, parce que trop confrontantes. Pourtant, ce sont les personnes qui espèrent le plus, à juste titre, d'être aidées par les procédés développées en psychotraumatologie.

Les troubles dissociatifs

Lorsque la traumatisation chronique a débuté dès le plus jeune âge et a impliqué pour une grande part des adultes censés prendre soin, il arrive que la survie se fasse au prix d'un conditionnement comportant un évitement tellement massif, que des pans entiers d'expérience passent sous amnésie. Des symptômes de

déréalisation, de dépersonnalisation et de perte du sens du temps présent complexifient ce tableau déjà difficile.

Les troubles dissociatifs se distinguent sous leur forme psychoforme et somatoforme (Nijenhuis, 2004), incluant des réseaux neuronaux « carapacés » à un point tel, que se forment des sous-systèmes de la personnalité, endossant chacun au moins un sens de Soi rudimentaire (Van der Hart, Nijenhuis et Steele, 2006). Les recherches corroborent clairement cette thèse, tant sur le plan des mesures physiologiques (conductance de la peau, potentiels évoqués visuels, variables du système nerveux autonome, activation physiologique – revue par Nijenhuis, Van der Hart et Steele, 2002), mais également sur le plan cérébral (Reinders et coll. 2003, 2006, 2008), dans le sens de patterns cérébraux différenciés ne communiquant pas entre les différents états activés. Le mérite de ces chercheurs est d'avoir vérifié la robustesse de leurs résultats par rapport à une population contrôle, voire des sujets non dissociatifs sains, ayant appris à simuler un état dissociatif. L'existence de troubles dissociatifs ne fait donc plus de doute, même si la vigilance du clinicien devant toute réification inutile doit rester une constante.

D'un point de vue clinique, lorsqu'il y a ESPT complexe avec ou sans troubles dissociatifs, nous avons toujours affaire à de l'amnésie, des phobies, des émotions débordantes, et des réactions de survie.

L'amnésie peut être plus ou moins étendue, soit sous forme totale, c'est-à-dire une non-connaissance que quelque chose est ignoré, soit identifiée, c'est-à-dire avec une amnésie pour le contenu, tout en n'ignorant pas son existence, par exemple une personne qui nous dit n'avoir aucun souvenir avant l'âge de 12 ans. La plupart d'entre nous a une amnésie tout à fait naturelle pour ce qui a pu se passer pendant nos trois premières années.

Les phobies sont multiples. Les auteurs de la théorie de la dissociation structurelle (Van der Hart, Nijenhuis et Steele, 2006) énumèrent celles qui sont propres à ce fonctionnement : la peur de s'attacher et en même temps la phobie de perdre l'attachement avec le thérapeute, les peurs des réactions corporelles des traumatismes et de leurs suites, la phobie des contenus traumatiques, et finalement les peurs de la vie quotidienne. L'aspect phobique est ce qui distingue les personnes souffrant de troubles dissociatifs de celles qui n'ont pas développé cette stratégie de survie extrême. Même lorsque les personnes sont informées, parfaitement consentantes et demandeuses de se débarrasser de leurs traumatismes, la peur émergeant au moment où ces réseaux dissociés sont touchés est toujours de la partie. Le clinicien doit en tenir compte, sinon il en va du sentiment de sécurité dans l'ici et maintenant, ce qui signe le plus souvent l'arrêt de la thérapie, par réflexe autoprotecteur.

Parfois, la phobie produit de l'amnésie et l'inverse. Les deux font qu'en tant que cliniciens, nous recevons rarement les informations au moment où nous en aurions besoin pour orienter le cours des choses.

En thérapie centrée compétences, nous ne cherchons pas à en connaître plus sur la personne, que ce qu'elle veut bien nous dire de son plein gré. Et le moment où elle nous apprend le contenu qu'elle apporte est toujours le bon moment. Même si nous aurions sans doute organisé différemment nos interventions, si nous avions connu une information particulière plus tôt dans la thérapie, il n'empêche que même à un moment tardif, l'information donnée est toujours pertinente. Notre travail est de nous intéresser aux souhaits de changement de la personne, et non de la juger et d'imaginer comment elle aurait pu faire différemment.

Vignette clinique 1 : Laure

C'est ainsi que Laure, un jour avant le terme de son accouchement, contacte sa thérapeute par mail en demandant s'il était possible d'avoir une consultation par Skype.³ En explorant les raisons de sa demande, Laure évoque une peur de mourir au moment de la naissance de son enfant. Lorsque la thérapeute lui demande : « depuis combien de temps cette peur vous taraude-t-elle déjà ? », Laure répond : « depuis toujours. J'ai toujours eu la conviction que j'allais mourir à la naissance de mon enfant. » La thérapeute aurait pu questionner Laure, pourquoi elle n'avait pas évoqué cela plus tôt, lorsqu'elle était encore sur place, et où elle travaillait, une heure toutes les semaines ou par quinzaine, à débayer des traumatismes de tous ordres avec le but de dépasser son fonctionnement dissociatif.

Laure avait déjà fait de nombreux progrès : elle avait rencontré un homme bienveillant, avec lequel elle a pu construire une relation dans laquelle elle se sentait bien, accepter d'être enceinte et rejoindre son homme dans un autre pays à 1300 km de sa famille. Parmi les éléments traumatiques travaillés, il y avait eu des événements transgénérationnels en rapport avec la maternité et un viol à l'âge adulte. Les craintes de Laure nous ont montré que malgré notre travail étendu, il restait des réseaux activés par le déclencheur de l'accouchement imminent. Une séance EMDR assez courte a permis d'en venir à bout, et tout s'est bien passé par la suite. Aujourd'hui, Laure va bien, sa famille aussi.

Nous pouvons nous demander pourquoi Laure n'a pas évoqué cette crainte plus tôt, pourquoi avoir attendu d'être au pied du mur, le jour avant le terme de son accouchement, d'autant plus que ce thème avait été abordé auparavant ? Évitement, amnésie, peur, dissociation, honte ? Nous faisons l'hypothèse que Laure avait de très bonnes raisons, quelles qu'elles soient. Le plus important est qu'elle avait suffisamment confiance pour contacter sa thérapeute en France, qui lui avait dit qu'elle serait disponible au cas où Laure aurait une question ou une nouvelle demande. Leur connaissance mutuelle a permis une séance EMDR sur le pouce.

En ce qui concerne les émotions débordantes, il est important de considérer que lorsqu'un réseau neuronal dissociatif devient accessible, c'est toute la charge émotionnelle contenue qui est libérée. Cela peut parfois prendre la forme d'une vague émotionnelle considérable, à laquelle le thérapeute doit être préparé, pour ne pas être surpris et pouvoir assister la personne à rapidement traverser ces émotions dans de bonnes conditions. Souvent, les personnes souffrant de troubles dissociatifs, n'ont pas accès à leurs émotions, ou alors uniquement quand ça déborde. La capacité à ressentir des émotions est en soi déjà bon signe que nous ne manquons pas de recadrer comme tel.

Les réactions de survie, parfois subtiles, comme des ruptures de communication, des états figés, ou bien des réactions de fuite instantanées ou encore une impossibilité à abandonner la lutte, sont souvent devenues partie inhérente du fonctionnement de la personne. Les déclencheurs sont plus nombreux que l'on ne pense, et coûtent beaucoup d'énergie à la personne, qui doit faire un réel effort de détective pour les débusquer. Les négliger pourrait mener à des boucles récurrentes, faisant croire à un immobilisme, voire à un signe de mauvaise foi. Explorer ces réactions de survie de manière bienveillante permet souvent d'avancer, tant pour le thérapeute que pour la personne.

³ Il s'agit d'un logiciel permettant des communications à distance, tant auditives que visuelles. Nous utilisons souvent ce moyen pour communiquer avec des personnes loin du cabinet.

L'importance du regard centré compétences, pas uniquement, mais surtout en psychotraumatologie fait que ces survivants avec lesquels nous travaillons ne nous semblent plus ni compliqués, ni difficiles. Nous les voyons plutôt comme des héros avec lesquels nous avons le privilège de travailler en équipe.

Structure de traitement en psychotraumatologie

Pierre Janet (1859-1947) a été le premier à proposer une structure de traitement en trois temps, sous la forme d'une première phase de stabilisation, puis celle consistant à travailler directement sur les traumatismes, pour finir par une phase d'intégration et d'accompagnement au changement. Ce triptyque reste d'actualité encore aujourd'hui avec un consensus unanime pour proposer un travail thérapeutique par phases, multimodal et orienté sur les habiletés et compétences de la personne (Brown, Schefflin et Hammond, 1998; Chu, 1998; Courtois, 1999).

La stabilisation : une étape majeure du soin en psychotraumatologie

La stabilisation consiste à faire connaissance, recueillir la demande et les objectifs de la personne, partager notre savoir avec elle de façon à ce qu'elle puisse décider en fonction de ses possibilités, et faire des exercices préparatoires en vue de passer à la prochaine phase. Si toutes ces tâches se déroulent dans de bonnes conditions, naturellement, il en découle la construction d'une relation thérapeutique soutenante.

Il est vrai que toute rencontre entre un thérapeute et la personne est d'abord une rencontre humaine, dont va éclore une alchimie particulière. Néanmoins, nous pensons que certains éléments favorisent plus que d'autres la relation thérapeutique soutenante auprès de personnes traumatisées. Il existe trois besoins primordiaux pour qu'une personne puisse se stabiliser, à savoir le fait de se sentir en sécurité avec le thérapeute dans l'ici et maintenant, le besoin de créer un attachement sécurisant, et avoir de l'espoir. Nous retrouvons ici une partie des critères décrits par Hobfoll et ses collègues (2007).

Il faut considérer l'idée que des personnes ayant vécu des expériences qui ont laissé des blessures traumatiques, ont fait l'expérience tangible que leur intégrité n'est pas sauve. Il est donc évident que ce qui se passe en thérapie doit être en parfait contraste avec cela, signifiant que nous nous rendons prédictibles, que nous demandons aux personnes d'évaluer ce qui se passe dans le processus même des échanges à intervalle régulier. Nous ne faisons pas de la psychoéducation, nous partageons notre savoir avec les personnes, et ce sont elles qui nous informent si ce que nous leur proposons les intéresse. Il ne serait pas éthique de ne pas informer les personnes des possibilités thérapeutiques, car souvent, notamment en psychotraumatologie, les personnes ignorent que tout traumatisme est guérissable.

Pour que la personne puisse avoir accès à un sentiment de sécurité dans l'ici et maintenant, il est nécessaire qu'elle soit en lien avec ses ressentis corporels. Ceci est vrai surtout pour les personnes souffrant de troubles dissociatifs, qui ont pris l'habitude de s'en distancer. Pour ce faire, les premiers exercices

de stabilisation consistent à calmer le corps dans le but de permettre ce lien, pour ensuite calmer l'esprit. Nous proposons des techniques axées sur le corps directement, par le biais d'exercices musculaires et de respiration, des exercices d'ancrage et de perception proprioceptive, et des exercices d'orientation dans l'espace et dans le temps, avec pour but, d'amener la conscience dans le corps de l'ici et maintenant. L'efficacité de ces pratiques est d'autant plus importante, si le thérapeute consent lui-même à faire en miroir de ce qu'il demande à la personne. D'une part, l'effet d'imitation permet aux personnes, parfois proches d'un débordement, de faire plutôt que de comprendre. D'autre part, les personnes ne sont pas seules à faire des choses bizarres que ce thérapeute pas comme les autres⁴ leur demande. Nous reviendrons sur ces effets d'accordage physiologiques si importants lorsque nous aborderons les niveaux de communication.

Ces techniques « bottom up⁵ » ont le mérite de permettre un travail intégré corps-esprit dès le début de la thérapie. Lorsque le sentiment de sécurité n'est pas encore établi, ou lorsque quelque chose d'inhabituel se produit, ce sont les techniques les plus utiles, pour retrouver une stabilité. Le sentiment de sécurité peut être évalué : « sur une échelle entre 1, signifiant "je ne me sens pas du tout en sécurité", et 10 "je me sens complètement en sécurité ici dans cette pièce avec le thérapeute", où êtes-vous actuellement ? » Plus la réponse à cette échelle est basse, plus le fait que la personne soit en face de nous signale un effort important : celui-ci mérite d'être explicitement reconnu et exploré en détail, comme il est habituel de le faire en thérapie centrée compétences : « comment faites-vous pour être à 3 et pas à 1 ? ». Une fois la position sur l'échelle explorée, il est utile que le thérapeute demande : « et qu'est-ce que je peux faire, pour vous aider à grimper sur l'échelle ? » Il est primordial que ce soit le thérapeute qui se mette au service du sentiment de sécurité de la personne, car c'est sa tâche de mettre en place un cadre de travail sécurisé pour tous les protagonistes.

Même si les techniques corporelles « bottom up » n'ont pas été nécessaires, nous ne manquons jamais de poser cette question au premier entretien. Car la décision de revenir, qui chez les personnes traumatisées se prend souvent en fonction du degré de sécurité ressentie, est un enjeu de la première séance. Ces personnes ne nous demandent pas de faire l'impossible, mais plutôt tout notre possible pour qu'ils puissent se sentir en sécurité.

Le second besoin, celui de l'attachement est immédiatement consécutif au sentiment de sécurité : rappelons que le manque de soutien social après un événement terrifiant fait partie des facteurs aggravant la réaction post-traumatique et le recours à la dissociation (méta-analyse de Brewin, Andrews et Valentine, 2000). Nous savons aussi que lorsque nous sommes en lien avec un autre significatif et soutenant, des événements négatifs peuvent être plus facilement vécus : le lien sûr à l'autre est stabilisateur. Comment alors construire un attachement sécurisant avec des personnes qui ont une phobie de s'attacher, et en même temps peuvent montrer des tendances d'attachement inappropriées, guidées par la peur de perdre l'attachement ? Ainsi chez une majorité de personnes souffrant

⁴ En général, la représentation largement répandue d'un psychothérapeute est d'agir par l'écoute et par la parole. Un professionnel qui se lève de sa chaise pour proposer des exercices physiques, qui propose une partie de la séance adossé contre le mur, ou qui, au milieu du discours, propose d'aller chercher un verre d'eau, peut dès lors surprendre au début.

⁵ Traduction : du bas vers le haut, c'est-à-dire du corps vers la tête.

de traumatismes complexes, les troubles de l'attachement émergent au moment où il s'agit de faire confiance et de rester dans un lien sécurisant, lorsqu'il est question d'aborder des choses qui peuvent créer une activation, volontaire ou fortuite.

Nous avons l'habitude de dire que tant que les personnes sont en vie, leur capacité à entrer en contact est présente. Nous pensons aussi que, quel que soit le style d'attachement primordial chez la personne, la capacité de construire une relation d'attachement sécurisée avec un thérapeute est possible, pourvu que ce dernier ait une attitude calme et posée, se rende prédictible et fasse preuve de constance. Michel Delage (2007) nous apprend que si dans une famille (un groupe, un couple ou au moins un dispositif thérapeutique) de l'émotion peut être ressentie, sans que cela ne déborde, alors cela produit de l'attachement.

Si nous voulons que les personnes traumatisées venues jusqu'à notre cabinet consentent à créer avec nous une relation d'attachement sécurisée, nous avons tout intérêt à ce que les émotions puissent être vécues, en permettant aux personnes de rester dans leur fenêtre de tolérance, c'est-à-dire sans débordement ni vers le bas (sous-activation physiologique), ni vers le haut (sur-activation physiologique).

Après les exercices aidant la personne à apaiser son corps décrits plus haut, le premier exercice de contrôle, le plus facile en principe, consiste à mettre en place un « contenant ». Ce procédé, développé en hypnothérapie par Richard Kluft (1998), consiste à mettre toute mémoire traumatique du passé, tout contenu difficile du présent et toute peur éventuelle du futur dans un contenant imaginé concrètement. Cet exercice fait alliance avec la tendance à l'évitement de la personne, et permet de lui laisser la décision du moment d'exposition tout en lui donnant l'assurance que les choses évolueront à son rythme. Outre le fait de se rendre prédictible, il sera important que le thérapeute reste cohérent avec ses promesses faites au début de la thérapie. Le contenant permet ainsi d'intervenir et de stabiliser rapidement, si en cours de route une mémoire impromptue refait surface et qu'elle ne peut pas être abordée à ce moment-là. Finalement, cet exercice de confinement permettra, lors de la phase de confrontation traumatique, un travail fractionné sur le traumatisme, ce qui aura pour effet de sécuriser le travail thérapeutique avec les personnes souffrant de traumatismes complexes.

D'autres exercices de stabilisation que nous nommerons exercices d'auto-apaisement suivent une logique « top down⁶ ». Il s'agit d'exercices de relaxation, d'apaisement, d'autohypnose ou de pleine conscience, que la personne peut apprendre et mettre en œuvre de manière autonome entre les séances. Ces exercices, faits régulièrement, ont un effet cumulatif à travers le temps et permettent non seulement de gagner en confort physiologique, mais aussi d'améliorer le sommeil et augmentent les capacités d'intégration de la personne. Cependant, ils nécessitent que la personne se mette au travail activement, ce qui pour les personnes installées dans un processus de chronicité n'est pas chose aisée. C'est alors que la stabilisation prend du temps, et nécessite l'accompagnement d'un thérapeute qui consente à inclure ces exercices dans chacune des séances. Ainsi, par la répétition, une nouvelle habitude physiologique et relationnelle est construite (Isebaert et coll., 2005).

⁶ Traduction : du haut vers le bas : de la tête vers le corps.

Un dernier exercice de stabilisation standard, visant à une stabilisation de l'expérience corporelle individuelle, consiste dans la mise en place d'un « lieu sûr », appelé aussi « lieu tranquille » (Korn et Johnson 1983 ; Brown et Fromm, 1986). En combinant cet exercice avec des stimulations bilatérales alternées (N. Daniels (1991), cité par Leeds, 2009), nous contribuons à ce que se construise chez la personne, un réseau neuronal exclusivement positif, c'est-à-dire sans lien avec des mémoires provenant d'expériences négatives. Cet exercice, une fois réussi, permet à la personne de s'apaiser rapidement, avec la possibilité de s'extraire de l'ici et maintenant, pour mentalement aller s'apaiser ailleurs. L'installation du lieu sûr peut être bien sûr combinée avec un exercice d'apaisement, des exercices d'ancrage et de respiration, chez des personnes se montrant plus instables et facilement envahies par des intrusions. La particularité de cet exercice est que nous avons besoin de l'adhésion de la personne.

Ainsi se construit pour la personne une capacité à s'apaiser efficacement. Outre les exercices amenés par le thérapeute, il convient également de faire avec la personne l'inventaire « de ce qui marche, quand ça ne va pas » (Dolan, 1991), en rendant conscientes et accessibles des ressources très personnelles, souvent restées implicites, même si mises en œuvre pendant des moments de crise.

Lorsque des mouvements dissociatifs émergent, généralement accompagnés par des sentiments de phobie et d'hostilité importants à l'égard de tout contenu psychique ou ressenti dans le corps, le recours à des techniques de stabilisation plus élaborées est nécessaire, visant à construire des liens constructifs internes. A ce titre, nous invitons le lecteur intéressé à se former plus avant aux outils et techniques de stabilisation lorsqu'il y a des troubles dissociatifs. Les professionnels non formés rapportent que les outils de stabilisation marchent, sauf avec ces personnes « apparemment compliquées ».

Pour ceux qui n'arrivent pas à se stabiliser sur le plan relationnel, c'est-à-dire les personnes qui restent enfermées dans des relations abusives et non constructives, ou dans des attachements nocifs, nous conseillons le recours à des figures symboliques à travers, par exemple le « Collage de la Famille Symbolique » (Dellucci et Bertrand, 2012). Cet exercice permet à la fois la construction d'un outil tangible et un dialogue avec des figures d'attachement symboliques, toujours bienveillantes, amenant la personne à prendre soin d'elle, comme elle le ferait pour quelqu'un d'autre qu'elle affectionne. Nous savons que dans la plupart des cas, les personnes, même sévèrement traumatisées, si elles sont bien fonctionnelles, sont capables de mettre en œuvre cette stratégie de survie collective.

Le but de la stabilisation, pour la grande majorité des personnes, est de retrouver une maîtrise de leurs réactions face aux déclencheurs, et une meilleure gestion des émotions, accessoirement aussi une meilleure compréhension, plus bienveillante, des blessures encore actives. Il arrive que les personnes arrêtent là leur première tranche de thérapie, voulant profiter d'une stabilité jamais acquise auparavant.

Est-ce que, à ce stade, les personnes se sont déjà affranchies de leurs traumatismes, uniquement par le biais de la stabilisation ? Nous ne le pensons pas, et les réactions face aux déclencheurs, ainsi que la vulnérabilité en cas de nouvelle expérience potentiellement traumatisante corroborent cette hypothèse : même s'il existe bon nombre de retraitements spontanés, ceux-ci ne sont pourtant pas la règle. Tant que des réseaux neuronaux traumatiques restent en place, surtout s'ils fonctionnent de manière dissociative, une déstabilisation majeure reste possible. Au contraire, les personnes ayant déblayé ces expériences avec

succès montrent un état de stabilité robuste, même face à de nouvelles expériences négatives.

La capacité à avoir ou à retrouver de l'espoir est un axe de travail central en thérapie centrée compétences. Cela inclut la projection dans le futur, la détermination au moins ad minima, d'objectifs de travail et toujours une idée de l'état à la fin de la thérapie. Ici la question miracle si chère à l'approche centrée compétences (De Shazer, 1985) peut être utile. Pour notre part, nous la réservons aux enfants, ou aux personnes nous donnant des indications explicites de leur croyance dans l'irrationnel. Pour toutes les autres personnes, nous préférons demander : « supposons que nous ayons fait un travail efficace, à quoi verrez-vous, que vous n'aurez plus besoin de venir en thérapie ? » Outre la projection d'un futur souhaité, cette question a le mérite de signifier clairement la disponibilité du thérapeute en vue d'un attachement sain, c'est-à-dire en concédant toute l'autonomie que la personne souhaite.

Notre positionnement thérapeutique en psychotraumatologie

Même si implicitement, ce qui suit paraît aller de soi, nous aimerions insister sur l'explicitation de notre positionnement thérapeutique : le thérapeute, avec tout ce qu'il a appris, son expérience, ses acquis, ses ressources, n'est expert que de thérapie en général. Cette expertise-là ne dépassera jamais 50% de ce qui est à l'œuvre dans une thérapie particulière. La personne, même souffrante, est experte de sa vie, dans son contexte, de ses ressources et de son symptôme. Il n'y a qu'elle qui pourra évaluer les bienfaits de certains exercices, même si elle peut passer par des états de conscience réduits. De cette expertise partagée découle également une responsabilité partagée : le thérapeute est responsable d'un cadre de travail sécurisant et de la mise en place de bonnes conditions de travail, sans lesquels il serait illusoire de demander à des personnes, même motivées, de se mettre au travail. La personne, elle, est responsable du contenu qu'elle amène en thérapie, et des changements dans sa vie. C'est aussi pour cette raison, précisément, que l'amnésie ne nous pose pas de problème dans le travail. C'est aussi pour cela que nous ne nous intéressons jamais au contenu traumatique en lui-même. Cela ne signifie pas que le contenu n'est pas important. Il appartient totalement à la personne. En psychotraumatologie centrée compétences, le professionnel est bien plus intéressé par les réactions physiologiques qui accompagnent les contenus, que le contenu lui-même.

La même logique compte pour les changements dans la vie des personnes : ce sont elles qui les mettent en œuvre, souvent de manière implicite ou bien comme si ceux-ci allaient de soi. C'est la tâche du thérapeute, d'explorer en détail les modifications même mineures, afin de permettre d'en évaluer l'adéquation par rapport aux objectifs. Un changement une fois mis en œuvre devient une réalité tangible, qui lorsqu'elle est conscientisée, peut être transposée vers d'autres contextes. Neurologiquement parlant, il est nécessaire que le cerveau préfrontal puisse être de la partie, impliquant l'évaluation de ce qui s'est passé, la planification des actions futures et la prise de conscience des émotions. Cela suppose de sortir d'un fonctionnement pré-réfléchi, dans lequel les actions automatiques ou implicites sont de mise.

Ce positionnement est à appliquer à la relation d'aide, hors tout contexte d'urgence. Si sans l'intervention d'aide il y a risque fatal, nous ne sommes plus dans une relation d'aide, mais une relation de protection, où le choix de la personne n'est plus une priorité.

Le modèle de Bruges en psychotraumatologie

Le modèle de Bruges (Isebaert et Cabié, 1997; Isebaert, 2005; Isebaert et coll. sous presse) propose une arborescence de questionnement précise et pragmatique, permettant de s'accorder avec la personne sur le type de relation possible, et d'évoluer avec celle-ci. Malgré les potentialités d'un travail d'équipe qui avance bien, la grande majorité des personnes ont besoin de passer par différentes étapes, avant d'en arriver là.

La relation non engagée: une question de sécurité

Est-ce que la personne a une demande d'aide travaillable? Si non, et quelles qu'en soient les raisons (aide contrainte, manque de confiance,...), la tâche du thérapeute est de respecter qu'il n'y ait pas de demande, et de simplement continuer à faire connaissance en explorant les domaines dans lesquelles la personne se débrouille bien.

En psychotraumatologie nous faisons l'hypothèse que si une personne ne peut pas formuler de demande pour soi, c'est qu'elle ne se sent pas suffisamment en sécurité pour la formuler. Rappelons que les personnes souffrant de séquelles post-traumatiques ont fait l'expérience tangible que leur intégrité n'est pas sauve. Les questions implicites peuvent être de l'ordre: «à qui j'ai affaire?», «va-t-il me respecter?», «va-t-il être assez fort pour me soutenir?», «est-il digne de confiance?», «va-t-il m'aider?»

Tant que les personnes ne se sentent pas dans une sécurité suffisante, que leur corps dans l'ici et maintenant ne peut pas être calmé, il est illusoire d'imaginer que la personne fasse une demande.

Les seules choses que le psychotraumatologue puisse faire dans l'immédiat, ce sont des exercices d'ancrage destinés à calmer le corps, mettre de côté tout contenu traumatique en utilisant l'exercice du contenant, puis d'évaluer le degré de sécurité ressentie par la personne dans l'ici et maintenant. Si les personnes tiennent à parler de leurs expériences négatives, traumatiques ou non, nous proposons d'explorer les ressources de survie. Cela aura pour effet de centrer l'attention sur ce qui a pu être fait d'essentiel pour rester en vie, se relever, continuer ou résister. Parfois, il arrive que des personnes nous racontent des circonstances de vie qui mettent à l'épreuve la tolérance d'écoute du thérapeute, tant elles sont abominables. N'oublions pas que les personnes qui nous racontent cela connaissent ces circonstances depuis souvent longtemps, donc pour elles il n'y a souvent rien de nouveau, surtout si elles ne sont pas demandeuses d'aide. Plus le thérapeute sera en mesure de se distancier du contenu du récit, pour s'intéresser aux ressources de survie, plus il sera en mesure de rester physiologiquement calme, et plus il conservera sa capacité à penser, et mettre l'accent sur l'essentiel à ce moment: entendre que la personne n'a pas encore fait de demande d'aide et son degré de sécurité ressentie. Si la personne

se sent suffisamment en sécurité, une demande émergera d'elle-même en général, même si, dans certains cas, celle-ci peut rester absente. Si cela se produit, le dispositif thérapeutique aura eu au moins le mérite d'agir sur le respect de l'intégrité physique et psychique de la personne (à ce titre voir la vignette clinique d'Antoine (Dellucci et Wolf, 2011)).

La relation de recherche : une question d'attachement sécuritaire

Une fois une demande d'aide travaillable formulée, une perspective d'avenir donnée, la question suivante est celle de savoir si la personne consent à se mettre au travail. Si ce n'est pas le cas, alors le Modèle de Bruges parle d'une relation de recherche, où la personne a bel et bien une demande, un désir de changement, mais au moins autant de freins, quels qu'ils soient : des peurs diverses, qui peuvent constituer autant de sources de blocages.

En Psychotraumatologie Centrée Compétences, après l'enjeu du sentiment de sécurité dans l'ici et maintenant, vient celui de savoir si une relation d'attachement sécuritaire est possible. Tant que la réponse à cette question est négative, il est utile et nécessaire d'y travailler.

Si nous considérons la définition de Delage (2007), à savoir si des émotions peuvent être ressenties sans que cela ne déborde au sein d'un lien, alors cela produit de l'attachement, il devient limpide que si un attachement sécuritaire n'est pas encore en place, les émotions ne peuvent pas être vécues en restant contenues dans la fenêtre de tolérance.

Quelle que soient les raisons pour cette faible tolérance à l'affect, nous savons qu'une petite fenêtre de tolérance ne fait pas partie de bonnes conditions de travail. Plus la tolérance à l'affect est bonne, plus un attachement sécuritaire est possible avec le thérapeute, et plus ce tandem peut traverser des tempêtes, s'il y en a.

À ce stade, les exercices de stabilisation actifs peuvent être appris, mais la personne risque de ne pas les faire seule en dehors des séances. Notre intervention se bornera à continuer à explorer les compétences de survie, lorsqu'il est question d'expériences négatives rapportées, dans le sens : « comment avez-vous fait, pour qu'aujourd'hui, les choses ne soient pas pires ? »

Parfois, une habitude de chronicité peut provoquer une sorte d'immobilisme, qui fait que la personne peut être amenée à vouloir nous convaincre, par quels déboires elle est passée, souvent dans un but de reconnaissance. Cela ne nous offusque nullement, nous le prenons comme une demande implicite d'être accompagné, plutôt que de faire seul ces exercices. Dans ce cas, les exercices de stabilisation sont revisités à chaque séance. La répétition de cette pratique indique implicitement leur importance et nous rend prédictibles. Il n'est pas rare, qu'au bout d'une demi-douzaine de telles pratiques, la personne, en début de séance nous dise : « j'ai déjà fait les exercices », ce qui laisse au thérapeute le loisir d'explorer comment elle a réussi à mettre en place un tel changement. Si cela se produit, alors nous pouvons dire que la personne s'est mise au travail.

Lorsque les critères de stabilisation individuels sont suffisants, c'est-à-dire si la personne est capable de gérer son quotidien, de se calmer elle-même et si elle peut parler des expériences traumatiques sans être submergée, nous pouvons commencer la désensibilisation. Cependant, avec les personnes qui souffrent de traumatismes complexes, avant d'aborder les événements traumatiques, il convient de commencer d'abord par les peurs qui pourraient s'avérer bloquantes.

Il est utile d'aborder ces peurs d'abord hors de tout traumatisme, car le simple fait de se confronter à ses émotions constitue pour la plupart des personnes déjà un défi en soi. Ainsi, le procédé de désensibilisation peut être apprivoisé, pour devenir prédictible à son tour. Le confort que retrouvent les personnes, après s'être débarrassées de peurs restées le plus souvent implicites, est tel que cela construit de la motivation pour aller de l'avant. Nous nous intéressons d'abord aux peurs qui viennent polluer le processus relationnel : la peur d'être jugé, la peur d'être, de devenir, ou d'être pris pour fou, la peur d'une déstabilisation majeure, de retomber dans la dépression, la peur de changer, que des relations changent, la peur de mourir, etc. C'est ainsi que Sophie, 48 ans, venue pour tourner la page des suites d'un passé traumatique, nous a enseigné que lorsque le processus thérapeutique bloque, malgré toute la bonne volonté, il est utile de « rétrograder » en s'intéressant aux peurs bloquantes. Chez Sophie, elles étaient restées implicites, et c'était le rôle du thérapeute de poser la question : « y a-t-il quelque chose qui pourrait vous faire peur, au point de bloquer ce que nous voudrions faire ? » La réponse de Sophie fut immédiate : « la peur de devenir folle ». Le processus a continué par ce biais, et les choses ont pu avancer. Il s'agit d'éléments qui sont facilement abordables et qui régressent rapidement, surtout si abordés en dehors de tout réseau traumatique. Le travail est ainsi fractionné, en mettant toute expérience traumatique de côté grâce à un exercice de confinement. Même chez les personnes dans une relation de recherche, l'exercice du contenant fonctionne en général très bien.

Parfois, des peurs peuvent venir ainsi empêcher la relation entre le thérapeute et la personne : « si vous saviez certaines choses sur moi, vous ne voudriez plus travailler avec moi » : la peur d'être abandonné, ou bien « si je vous fais confiance, vous allez me laisser tomber », ou encore « si j'aborde cela, j'ai peur que quelque chose me saute à la figure, et que je ne pourrai plus gérer », ou encore qu'une part dissociative interne « change de visage et m'agresse ». Tant que ces peurs empêchent une bonne relation thérapeutique, et une bienveillance interne chez la personne, un attachement sécure ne peut pas se faire, et il est illusoire, de vouloir que les personnes se mettent au travail pour aller travailler des contenus jusque-là évités. Donc, même s'il y a une demande, nous nous occupons d'abord des peurs. Ces phobies, à notre sens, ne sont rien d'autre qu'un frein pour attirer notre attention sur la nécessité de consolider le lien. C'est ainsi que nous devons également comprendre les blocages qui peuvent nous paraître incompréhensibles.

Parfois, les peurs peuvent concerner d'éventuelles modifications du lien avec une personne importante de l'entourage, le plus souvent un conjoint. Cette dimension du lien avec les personnes de l'environnement est importante à explorer, et mène souvent le thérapeute à inviter un conjoint à une des séances de stabilisation. Les objectifs principaux d'un tel entretien sont l'explication de ce qu'est un traumatisme, ainsi que d'informer de la possibilité d'en guérir complètement, le partage concernant les ressources de survie, mais aussi l'exploration du degré d'épuisement de l'entourage face aux symptômes parfois envahissants, le degré de soutien, et de l'explication de l'effet « crisogène » possible des changements. Il est important de reconnaître le soutien du conjoint, souvent implicite, car il se fait à bas bruit, et ne reçoit souvent pas la reconnaissance qu'il mérite. Dès que la personne va mieux, et que les besoins de soutien changent, le conjoint se rend compte de son degré d'épuisement, et peut se montrer moins conciliant, d'autant plus, si la reconnaissance pour cette aide efficace a fait défaut.

Cela peut aller jusqu'à mettre en danger le lien conjugal. Si cette dynamique n'est pas explicitée au préalable, la thérapie, efficace par ailleurs, peut être perçue comme dangereuse pour le couple.

Pour résumer, nous pourrions dire alors, que rester dans une relation de recherche est une ressource qui nous invite à prendre soin du lien, celui du thérapeute avec la personne, celui de la personne avec ce qui se passe en elle en cas de troubles dissociatifs, et celui de la personne avec les autres personnes significatives de son entourage. Lorsque ces liens seront suffisamment sécurisés, la personne se mettra au travail, spontanément, parfois même en nous sollicitant.

Vignette clinique 2 : Vincent

Vincent, 56 ans, est envoyé par son médecin traitant, avec un diagnostic d'Etat de Stress Post-traumatique. Il en a tous les signes les plus aigus. Bon vivant et jovial, il aimait son travail de serveur dans un restaurant. L'agression inattendue de la part d'un client l'avait défiguré : nez et mâchoires cassés, dents défoncées. Entre autres, il avait manqué de soutien de la part de son patron. Depuis, cela fait un an et demi, Vincent est en arrêt maladie, souffre de troubles du sommeil avec des symptômes psychiques (difficultés d'endormissement, cauchemars récurrents) et physiques (ronflements très importants, difficultés respiratoires nécessitant un appareillage), et de phobies multiples. Il ne sort plus de chez lui et il a peur des autres. Vincent se sent de plus en plus handicapé. Pour la thérapeute, il s'agit du tableau par excellence du trauma simple, et après une brève exploration de son environnement, elle propose un travail ciblé sur l'agression. Vincent est marié. Le couple subit depuis un an et demi les suites de l'agression avec une qualité du sommeil perturbée, une vie sociale réduite, sans évoquer les démarches juridiques, médicales, qui pèsent sur le couple. Lorsque la thérapeute questionne cette dimension du lien, Vincent s'exprime avec une gratitude et une admiration importantes à l'égard de sa femme. La thérapeute ne va pas plus loin, et propose de commencer le travail de désensibilisation, avec l'idée d'aider Vincent, à recouvrer le plus vite possible, ses capacités d'avant, qu'elle suppose bien présentes.

Le travail de stabilisation est rapide et efficace, bien que Vincent n'ait fait aucun exercice entre les séances. La thérapeute entreprend le travail de désensibilisation qui, dès le départ, stagne de manière incompréhensible. De plus, Vincent souhaite espacer les rendez-vous, en disant privilégier des rendez-vous dentaires, puis des vacances,...

Ce qui devait se résumer à une histoire simple, s'avéra finalement plus compliqué que prévu. Vincent semblait n'avoir aucun accès à ses peurs, mais manifestement, ses réactions physiologiques montraient qu'il n'était pas à l'aise. Verbalement, il ne demandait qu'à se débarrasser de ses séquelles post-traumatiques, dont le médecin lui avait appris que ce serait chose facile.

C'est l'invitation de l'épouse à un entretien qui a permis de comprendre l'erreur de la thérapeute : compte tenu des changements intervenus après l'agression, Marie, l'épouse de Vincent s'était montrée soutenante et compréhensive. Elle avait pris sur elle, face à ce mari devenu taciturne, avait accepté de ne plus sortir, ni voir d'amis, et avait fait face aux difficultés économiques provoquées par les suites de l'agression (frais médicaux non remboursés, diminution des revenus suite au statut de longue maladie de Vincent) en augmentant son temps de travail. Au bout

d'un an, Marie, s'épuisant petit à petit, commence à avoir également des troubles du sommeil : le couple décide de faire chambre à part, en raison de l'appareillage de Vincent. Des crises d'angoisse apparaissent, le couple va de plus en plus mal. La thérapeute en était restée à la réponse de Vincent, et n'avait pas pris la peine d'inviter la conjointe au début de la thérapie. C'était manquer de reconnaissance à l'égard de Marie, qui a tant pris sur elle (rappelons qu'il y avait un an et demi entre le moment de l'agression et le début de la thérapie).

Nous avons compris trop tard, que la crainte de Vincent était de perdre sa femme, soit parce qu'elle pourrait souhaiter une séparation dès qu'il irait mieux, soit parce qu'elle pourrait devenir dépressive et qu'il ne pourrait pas l'aider. Nous faisons l'hypothèse que Marie aurait peut-être accepté de venir en séance de couple, si cela lui avait été proposé au début du dispositif. Au moment, où la crise était à son paroxysme, Marie était devenue hostile à toute intervention de la part d'un psy, qu'elle jugeait inutile et inefficace, au vu de la durée du traitement de son mari, dont le médecin traitant avait pourtant prôné la rapidité.

L'épilogue de cette intervention est que Vincent a pu bénéficier d'une réduction partielle de ses symptômes concernant son ESPT, et qu'il a découvert par la suite, qu'il n'était plus question pour lui, de retourner travailler dans le monde de la restauration. Tant que les démarches judiciaires ont duré, il a été difficile d'aller plus loin. Le dispositif thérapeutique s'est terminé là, la thérapeute signalisant sa disponibilité s'il y avait une autre demande.

Ce cas clinique nous a appris, que si un ESPT dure au-delà de six mois, il est important de commencer par des entretiens de couple ou de famille, afin de prendre soin du lien d'abord. Cela permet au thérapeute de partager ses connaissances, et de se rendre prédictible pour toutes les personnes concernées. Ce dispositif permet aussi d'en apprendre plus sur les effets collectifs du traumatisme et de travailler avec les ressources présentes dans la famille

La relation de consultance: une question d'autonomie

La troisième question que pose le modèle de Bruges est de savoir si la personne est consciente de ses propres ressources. Si la réponse est non, les personnes qui sont auteurs d'une demande, se mettent volontiers au travail pourvu que le thérapeute leur dise quoi faire. Souvent, les personnes viennent en séance d'hypnose ou d'EMDR, en totale complaisance pour tout ce que le thérapeute propose.

En psychotraumatologie, la stabilisation va de soi, les personnes font tous les exercices que le thérapeute leur demande, et la désensibilisation peut être mise en place rapidement. Les changements survenant entre les séances sont souvent imputés au traitement, aux réactions positives de l'entourage, rarement à ce que la personne a pu réaliser de son côté. Cette dimension, restée implicite, doit être questionnée par le thérapeute, lors des moments de réévaluation, où il convient de regarder à la loupe la mise en œuvre de ce qui a changé et ce qui marche. Petit à petit, les personnes peuvent ainsi intégrer le fait qu'elles ont fait des choses précieuses, transposables à d'autres contextes.

Les changements en psychotraumatologie sont flagrants: les personnes, auparavant débordées d'émotion, réévoquent les situations travaillées, en disant qu'il s'agit d'expériences pas positives certes, mais qui ne les touchent plus. Les déclencheurs deviennent neutres. Les peurs disparaissent, ne laissant que

l'étonnement avec quelle rapidité les choses évoluent. Les relations avec autrui se modifient, rendant possibles des échanges auparavant inconcevables, ou alors une modulation devant des relations abusives se fait de telle manière, à ce que la personne puisse se protéger efficacement. Parfois, des personnes décrivent des comportements nouveaux avec un aplomb et un naturel, qui laisse parfois le thérapeute qui se souvient des plaintes antérieures. Ainsi, Céline, 28 ans, qui décrivait des difficultés majeures pour défendre ses positions, la prise en compte de ses besoins et mettre des limites, rapporte avoir tenu tête à son supérieur qui avait annulé ses congés pour raisons de service, lui expliquant qu'elle avait réservé ses vacances, organisé sa vie de famille en ce sens, et que s'il voulait qu'elle continue à faire du bon travail à la rentrée, elle avait besoin de repos, que de surcroît cela allait de soi et qu'il n'était pas question qu'elle vienne travailler pendant ses congés annuels. La thérapeute, marquant son étonnement, demande à Céline: «vous vous rendez compte, de ce que vous venez de dire?» Céline marque un temps d'arrêt, ne semble pas comprendre le sens de la question. Thérapeute: «Vous souvenez-vous de vos propos, il y a deux mois?» Céline pensive: «ah oui»... puis en souriant: «depuis, c'est différent.»

Si le thérapeute rate cette occasion d'explorer en détail les différents éléments de la démarche de changement de la personne, cette dernière peut aller mieux, pendant la durée du travail, mais se sentir démunie, dès que la thérapie s'arrête.

La relation de co-expertise

Si les personnes deviennent conscientes de leurs ressources, elles deviennent capables aussi de les transposer dans d'autres contextes, et de ce fait, deviennent actrices en matière de prévention. C'est ainsi qu'un traumatisme peut se transformer en expérience d'apprentissage comme une autre, et permettre aux personnes d'aborder la suite en étant mieux armées. Cette relation est possible, quel que soit l'âge de la personne, pourvu que les enjeux des étapes précédentes aient pu trouver une réponse satisfaisante. Thérapeute et patient travaillent en tant que co-experts, en planifiant à deux la démarche à suivre, le tout dans un ensemble cohérent de pratiques, d'évaluations, à une vitesse, qui fait que la thérapie va vite et reste brève.

Les personnes n'hésitent pas à faire des autostimulations bilatérales, pour apaiser des émotions désagréables, mettre de côté ce qui surgit, décider du moment où elles souhaitent dépasser un souvenir devenu une entrave. Parfois, elles diffusent les exercices de stabilisation, devenant ainsi une ressource pour leur entourage.

Vignette clinique 3 : Eliane

En relation de co-expertise nous rencontrons souvent des personnes qui nous poussent vers des dispositifs créatifs. C'est ainsi qu'Eliane, souhaitant déblayer une série d'événements relationnels adverses en nombre impressionnant, évoque: «je voudrais laisser derrière moi toutes ces choses difficiles, mais je ne veux pas que ça prenne vingt autres séances.» Venue en thérapie, envoyée par son psychiatre, Eliane a des insomnies depuis des années, malgré une dose quasiment toxique de somnifères, elle a fait un transfert de confiance de son psychiatre vers

la thérapeute. En dépression chronique depuis plus de quarante ans, avec de multiples tentatives de suicide, des passages à l'acte, Eliane vit isolée, travaille en tant qu'employée dans un service public. Son objectif est simple : se débarrasser de toutes ses séquelles post-traumatiques. Lorsque la thérapeute lui demande en quoi elle verra cela, Eliane évoque : « je pourrai dormir normalement, je n'aurai plus besoin de médicaments, et j'aurai des relations constructives, je verrai des amis, je pourrai me protéger si j'en ai besoin. »

La stabilisation a été rapide, Eliane se sentait en sécurité, et l'attachement entre la thérapeute et Eliane a permis un travail de désensibilisation des empreintes précoces (O'Shea⁷, 2009). Ce travail s'est étendu entre septembre et mi-mai sur une vingtaine de séances. Parmi les changements constatés chez Eliane, on peut signaler une meilleure gestion de son sommeil, sans pour autant un arrêt des insomnies, ni des médicaments, une meilleure tolérance à l'affect et une capacité accrue à prendre soin d'elle. Eliane a été en mesure de se protéger lorsqu'elle a été harcelée dans son travail. La période de fin mai coïncidait avec une période anniversaire du décès des parents d'Eliane, ainsi que de son frère. Avec ces trois personnes importantes, Eliane avait vécu de multiples agressions de tous ordres, avec une exception pour son père, avec lequel elle disait avoir une bonne relation, excepté lorsque sa mère la maltraitait : alors il s'effaçait complètement, laissant Eliane avec un sentiment d'abandon difficilement gérable. Les épisodes traumatiques avaient été multiples et touchaient quasiment toutes ses relations familiales : un frère toxicomane l'entraînant dans des tournantes, mettant toute la famille en difficultés financières, un mariage difficile se terminant par des violences conjugales, un accouchement traumatique (une césarienne en urgence). La seule personne avec laquelle les relations semblaient saines, quoique distantes, étaient celles avec son fils, qu'elle ne voyait pas souvent en raison de ses nombreux épisodes dépressifs, selon elle.

Cette période anniversaire de fin mai a été marquée par une recrudescence de phénomènes hallucinatoires, lui intimant de se suicider, que ce ne serait qu'une question de temps. Devant l'hésitation de la thérapeute à continuer le travail de désensibilisation, Eliane propose elle-même, pour la première fois, « d'aller se reposer à la clinique », le temps que la crise suicidaire passe.

Par la suite, une fois sortie, Eliane envisage de prendre des vacances, et un rendez-vous pour la rentrée a été fixé. C'est alors qu'elle a pu énoncer un avis critique sur la durée de sa thérapie en rapport avec ses petits moyens financiers d'employée de bureau. Lorsqu'une personne exprime un avis critique, elle a, consciemment ou non, une alternative à proposer. Ce serait dommage de s'en priver. La thérapeute questionne : « et comment pensez-vous que nous puissions faire ? » Eliane prit quelques minutes pour réfléchir, puis évoque : « J'aime bien écrire. J'aime aussi, l'EMDR, c'est efficace, ça m'a beaucoup aidé. Si j'écrivais une lettre, est-ce que vous pensez que vous pourriez travailler en EMDR avec moi là-dessus ? » Ebahie devant autant de créativité, la thérapeute n'a pas osé dire non : « je vous encourage à écrire à qui vous pensez que c'est utile. Je vais réfléchir et trouver un moyen de travailler en EMDR jusqu'à la prochaine fois. »

⁷ Katie O'Shea est l'auteur de ce protocole EMDR très utile, avec lequel il est possible de désensibiliser les mémoires préverbaux allant de la période fœtale jusqu'à l'âge de trois ans, une période naturellement sous amnésie. Les écrits de l'auteur sont en anglais. Pour une description française, voir Dellucci (2012).

A la séance suivante, Eliane apporte une lettre écrite à son père : la thérapeute l'a invitée à lire à voix haute sa lettre et a accompagné toutes les émergences corporelles avec des stimulations bilatérales, et ce jusqu'à ce que le corps d'Eliane s'apaise. Forte de cette expérience, Eliane écrit une lettre à sa mère. En deux séances, le travail autour de celle-ci a été effectué. Ensuite, Eliane écrit une lettre à son frère, en évoquant : « j'y aborde des choses que je n'ai jamais dit à personne ». La thérapeute, invariablement intéressée par les réactions d'Eliane, plutôt que par le contenu de sa lettre, en effet sordide, aborde celle-ci de la même manière que les deux précédentes : trois séances plus loin c'est chose faite. A la suite de cela, deux séances sur l'accouchement traumatique plus de vingt ans plus tôt ont permis de compléter le travail demandé par Eliane. Si nous faisons le compte des séances de désensibilisation depuis la bifurcation méthodologique proposée par Eliane : huit séances pour débayer des séquelles post-traumatiques provenant de problématiques complexes. La thérapeute et Eliane étaient toutes deux surprises à un point tel, qu'il a fallu deux séances de clôture, plutôt qu'une seule pour terminer la thérapie. Il n'y avait plus aucun signe de dépression, même si Eliane était encore sous médicaments à ce moment-là.

Trois mois après, Eliane allait toujours bien, dormant six heures par nuit, et avait le projet de randonnées avec des amis pendant ses vacances.

Cela ne fait pas de doute, Eliane s'est engagée dès le début dans une relation de co-expertise. La déstabilisation majeure a montré, que malgré des avancées certaines, certaines séquelles post-traumatiques restaient néanmoins très actives, au point de faire croire en un épisode de bouffée délirante. Il s'agissait d'un réseau dissociatif, sans doute dormant jusque-là, qui s'est réveillé par une concordance de date (mi-mai à fin juin), date à laquelle avaient eu lieu les décès de ses proches, ainsi que toutes les hospitalisations d'Eliane, dont certaines en urgence. Notre proposition de travailler sur les empreintes précoces, avait été guidée par l'objectif d'Eliane, de se débarrasser de la totalité de ses traumatismes et par l'hypothèse que les événements difficiles avaient certainement commencé dès le début. Eliane a tout de suite adhéré à cette proposition et le travail s'est déroulé sagement. Katie O'Shea, l'auteur de ce protocole, indique que le retraitement des empreintes traumatiques précoces, permet aux personnes de solidifier les fondements de leur Moi (2009). En termes neurologiques, nous aimerions ajouter, que nous nous adressons là à des réseaux neuronaux, en-deçà de l'installation de la dissociation. L'approche classique en EMDR propose que le traitement le plus efficace repose sur la désensibilisation du souvenir-source (Shapiro, 2001). Lorsqu'il y a des empreintes traumatiques préverbales, il est difficile de les atteindre par des procédés EMDR classiques, car elles restent implicites et très familières. Toujours est-il qu'après avoir retraité les empreintes précoces, la suite du travail se fait avec la facilité d'un tableau traumatique simple. C'est ce qui s'est passé pour Eliane. Sa proposition d'une pratique à partir de lettres qu'elle a écrites, a encore accéléré ce processus.

En ce qui concerne le travail sur les réseaux traumatiques proprement dit, différentes approches se sont montrées efficaces : l'EMDR⁸ (Shapiro, 2001), les approches cognitivo-comportementales centrées sur les traumatismes (Foa et Rothbaum, 2001), la Thérapie sensori-motrice (Ogden et coll. 2006), le Somatic Experiencing (Levine, 1997), l'hypnose, l'EFT⁹, la Lifespan Integration¹⁰ (Pace, 2007) et bien d'autres. Le point commun de ces approches est l'attention portée au corps dans l'ici et maintenant et son implication dans le processus thérapeutique. Nous utilisons principalement l'approche EMDR, et ce pour plusieurs raisons : la rapidité du processus et de l'évolution de l'expérience vécue, la stabilité des résultats, l'absence du travail d'exposition à domicile, et la rigueur d'un protocole bien construit s'inspirant de différentes approches thérapeutiques, qui prend en compte les dimensions iconique, cognitive et corporelle.

Quelle que soit l'approche thérapeutique utilisée, il est à notre sens important que les règles fondamentales de la psychotraumatologie soient suivies. Un de ses éléments essentiels constitue l'attention double : la capacité à ce que les personnes soient en mesure de considérer à la fois le contenu de l'expérience négative passée, et en même temps ne pas perdre la capacité de se focaliser sur l'instant présent. Souvent, la logique traumatique provoque un plongeon dans le passé, induisant une transe telle, que s'il y a une forte charge émotionnelle, il y a un risque de retraumatisation. C'est la raison pour laquelle tant de soin est apporté au maintien du contact avec le corps dans l'ici et maintenant sécurisé.

Si cette capacité d'attention double fait défaut, celle-ci peut être apprise par le biais de techniques d'oscillation entre des contenus positifs, l'orientation dans l'ici et maintenant, et le réseau traumatique. Ces allers-retours successifs permettent d'aborder le contenu traumatique de manière sécurisée. Ainsi Levine (1997) propose de se centrer sur un contenu positif qui peut être de l'ordre de l'image, d'une expérience vécue, une sensation physique ou une partie du corps, puis sur un élément du même ordre appartenant au réseau traumatique. Twombly (2000) propose une réorientation de la personne dans le lieu-même de la thérapie, avant de se centrer sur le trauma, le tout accompagné de stimulations bilatérales alternées (SBA). Le « Wreathing protocol » de Fine et Berkowitz (2001) propose d'installer une ressource en lien avec l'expérience traumatique, de façon à créer un contraste a priori, puis de cibler le réseau contenant le trauma avec des SBA. Jim Knipe (2009), travaillant avec des personnes très fragiles, propose, à travers le CIPOS¹¹ une évaluation de l'orientation dans le présent et le degré de sécurité ressentie, ce qu'il renforce avec des SBA, puis négocie avec

⁸ EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing). Il s'agit d'une technique inventée en 1987 par Francine Shapiro. Aujourd'hui l'approche EMDR s'est dotée d'un modèle nommé AIP (Adaptive Information Processing, en français : Traitement Adaptatif de l'Information) qui suggère que tout symptôme est lié à de l'information dysfonctionnellement stockée. Selon cette idée, il suffit de cibler ces réseaux neuronaux, pour permettre au cerveau, à travers sa capacité d'autoguérison spontanée, de les transformer en réseaux neuronaux stables et disséminés sur la totalité du cerveau.

⁹ EFT (Emotional Freedom Technique).

¹⁰ En français : l'Intégration du Cycle de la Vie.

¹¹ CIPOS (Constant Installation of Present Orientation and Safety) signifie : l'installation constante de l'orientation et le sentiment de sécurité dans le présent.

les personnes des temps d'exposition à l'expérience traumatique très brefs. Au fur et à mesure de l'oscillation réussie, le temps d'exposition est augmenté.

Ces techniques d'oscillation mettent toutes l'accent sur le ciblage du réseau traumatique. D'autres approches s'intéressent davantage aux ressources à installer ou à amplifier : après avoir posé la question du degré de perturbation par rapport à l'expérience négative, la technique d'absorption (Hofmann, 2009) ou le protocole de développement et d'installation de ressources (Korn et Leeds, 2002) demande à la personne, de quelle ressource elle aurait besoin, pour faire face à cette situation ici et maintenant. Ensuite ces ressources sont installées à la manière de la construction d'un nouveau réseau neuronal : avec une image, des sons, d'autres éléments sensoriels, des sentiments, des ressentis corporels, une valeur existentielle et un mot-clé. Cette ressource peut provenir d'une expérience vécue, mais aussi à travers l'admiration que la personne peut avoir pour quelqu'un de son entourage, voire pour une figure symbolique.

L'idée majeure qui circule dans de nombreuses approches thérapeutiques visant à guérir des séquelles post-traumatiques est qu'il existe une expérience à la source de la construction du réseau neuronal. La motivation, notamment en EMDR, est de cibler ce souvenir source, ce qui permettra en même temps de traiter toutes les expériences en lien avec celui-ci. Ensuite les souvenirs du passé sont désensibilisés par ordre de degré de perturbation, puis les déclencheurs du présent, pour finir par installer un scénario du futur en contraste avec la problématique actuelle. Cette approche en trois temps, brillante théoriquement, n'est efficace qu'avec des personnes dont la charge traumatique n'est pas trop importante, c'est-à-dire une minorité des personnes dont nous prenons soin. Bien que rapide avec des personnes bien fonctionnelles, elle mène à de fréquents blocages.

Le Protocole Inversé (Hofmann 2005, 2009) répond à cette difficulté en inversant l'ordre des souvenirs à retraiter : d'abord les craintes du futur, ciblées notamment à travers la technique de l'absorption, puis les déclencheurs du présent, en utilisant aussi des techniques d'oscillation. Les souvenirs du passé ne sont abordés, que si les deux premiers pas n'ont pas montré de déstabilisation et si le fonctionnement de la personne s'améliore. Sont alors abordés les souvenirs d'un passé récent d'abord, avant ceux de l'enfance.

D'après notre expérience, il y a un écart important entre les scénarios du futur et le ciblage des déclencheurs, surtout avec les personnes fragiles. Les déclencheurs sont toujours en lien avec le réseau traumatique. C'est le protocole des empreintes précoces (voir O'Shea) qui a permis de combler ce fossé. Il consiste en un premier temps à la désensibilisation des émotions pour elles-mêmes, comme méthode de préparation douce (O'Shea, 2009, a, b), destinée à augmenter la tolérance à l'affect. Cela nous paraît une démarche importante pour augmenter la fenêtre de tolérance, et ainsi assurer de bonnes conditions de travail. Une tolérance à l'affect suffisante permettra de contenir des vagues émotionnelles importantes, s'il y en a, sans se sentir débordé, et ainsi au cerveau de continuer son travail d'intégration sans avoir besoin de recourir à des réactions de survie, qui viendraient bloquer le processus.

Katie O'Shea (2009) a également proposé un protocole EMDR spécifique, permettant de retraiter les empreintes précoces. Cela est d'une grande utilité, car bon nombre de nos clients ont connu des expériences négatives dès le début de leur vie, voire avant. Lorsque ces mémoires préverbaux surgissent dans le processus de retraitement, elles ne se comportent pas comme des souvenirs ordi-

naires. Les personnes éprouvent des sensations physiques intenses, des contenus bizarres, qui ne bénéficient pas d'un retraitement spontané entre les séances. Ne pas comprendre ces mémoires préverbales comme telles peut inquiéter le thérapeute et la personne, mener à des évaluations fallacieuses, et favoriser un blocage, tandis que les aborder dans un cadre clair et prédictible¹² permet non seulement à la personne de donner son consentement ou le refuser et privilégier d'autres pistes de travail, mais favorise aussi un retraitement en douceur, amenant des changements fondamentaux. Les modifications notées sont de trois ordres : les personnes sécurisent leurs attachements, elles sont plus assertives, c'est-à-dire elles tiennent davantage compte de leurs besoins et mettent des limites, et en conséquence, elles améliorent leur estime d'elles-mêmes. Après avoir retraité les empreintes précoces, le retraitement des souvenirs ultérieurs se fait facilement.

Une autre pratique qui se montre efficace, surtout lorsque les expériences négatives sont d'ordre relationnel, c'est l'écriture de lettres dont la lecture est combinée avec des stimulations bilatérales alternées (Dellucci, 2009, 2010). A notre sens, il s'agit là du meilleur compromis entre l'EMDR et l'approche solutionniste. La procédure même invite la personne d'emblée dans un rôle de co-thérapeute. C'est elle qui est experte de sa relation avec l'autre, et c'est elle qui rédige une lettre, comme si celui avec lequel elle a un compte à régler, pouvait tout entendre, tout comprendre, et ce même si dans la réalité, ce n'est pas le cas. Le but est que la personne en thérapie puisse exprimer sa part, sans retenue, en écrivant les choses comme elle les ressent, jusqu'à ce qu'elle ait l'impression d'avoir dit tout ce qu'il fallait. Ensuite, cet écrit est repris en thérapie, lu à voix haute par la personne. Dès qu'une activation physiologique, émotionnelle ou sensorielle se fait sentir, la lecture est arrêtée, la personne invitée à se centrer sur le lieu de la manifestation physique, et des séries de stimulations bilatérales accompagnent ce processus, jusqu'à ce que le corps soit à nouveau calme. Bessel van der Kolk nous a enseigné que « c'est le corps qui donne le score » (1994). Donc nous suivons les expressions du corps jusqu'à ce que celui-ci nous apprenne que cet élément est métabolisé. Ensuite, nous revenons à la lettre, remontant à la phrase avant l'émergence corporelle, et la lecture continue, jusqu'à la prochaine fois où le corps signale un autre élément qui mérite attention. C'est avec ce même procédé que l'équipe thérapeute-personne chemine jusqu'à la fin de la lettre. Très souvent, lorsque les personnes relisent un endroit auparavant sensible, et qu'elles constatent que maintenant leur ressenti à propos de cet élément est neutre, elles réagissent d'abord avec surprise, puis avec une joie qui les motive à aller de l'avant.

Dans une démarche d'intégration, nous avons hiérarchisé ces différentes façons de faire pour en faire une structure dynamique, appelée « Boîte de Vitesses » (Dellucci, 2010), qui permet au psychotraumatologue de pouvoir s'adapter à ce qui émerge en thérapie, sans se perdre, tout en adaptant le travail de confrontation à ce qui est possible pour la personne. Ainsi le processus ni ne dérape, ni ne stagne, et permet au tandem d'avancer en construisant motivation et résilience.

Quelle que soit la méthode choisie pour la confrontation traumatique, il nous paraît important de souligner qu'il est primordial que le thérapeute se sente à l'aise avec son outil de travail. A ce stade, une alliance thérapeutique et une demande de la part de la personne sont absolument nécessaires. Sans cela, il

¹² Le lecteur intéressé trouvera une description en français du protocole précoce et de son cadre d'application dans un chapitre dédié aux empreintes précoces (Dellucci 2012).

est illusoire de vouloir aborder les traumatismes. Le bénéfice d'un travail réussi est qu'après avoir déblayé une expérience traumatique, celle-ci devient neutre, et ce définitivement. En utilisant l'approche EMDR centrée compétences (Dellucci et Vojtova, 2012; Dellucci, 2013), nous ne notons aucune rechute. Ce qui a été travaillé, reste neutre.

Parfois, surtout lorsque des personnes fonctionnent de manière dissociative, la confrontation aux traumatismes suscite une levée de l'amnésie, avec un risque de déstabilisation.

Au moins quatre niveaux de communication, donc d'influence

Nous venons de décrire les différentes démarches à suivre en psychotraumatologie, comme si ce qui suit allait de soi. Cependant, ce qui fait toute la différence, et ce surtout chez des personnes qui ont expérimenté des traumatismes relationnels, c'est la cohérence entre le discours, les actes, et ce qui est ressenti. Cette question est présente dès le premier quart d'heure et participe pour une part majeure à l'établissement d'une bonne relation thérapeutique, dont nous savons l'importance cruciale après les facteurs liés au patient. Ainsi de bonnes conditions de travail permettent à l'équipe thérapeutique d'avancer en se concentrant sur l'essentiel.

Nous avons identifié quatre niveaux de communication distincts, donc quatre niveaux d'influence, qui sont autant de chances pour un professionnel averti, de rendre cohérente son intervention. Nous les avons classés du plus automatique au plus conscient, en considérant les différents niveaux cérébraux, tels que décrits par Bruce Perry (2006). Cet auteur indique que les fonctions corticales constituent l'aboutissement du bon fonctionnement des couches sous-corticales. Une blessure à un niveau plus archaïque a des répercussions à des niveaux supérieurs. Son conseil aux professionnels est de prendre en considération d'abord des niveaux de fonctionnement les plus archaïques.

Ainsi le premier niveau auquel nous nous intéressons est la communication sur le plan physiologique. Depuis leur découverte en 1996 par Giacomo Rizzolatti et ses collègues, lors de leurs recherches sur les singes macaques, le concept des neurones miroirs prend aujourd'hui une place centrale dans les interactions humaines. Il s'agit de neurones moteurs, qui s'activent, non seulement lorsqu'une personne effectue une action, mais aussi lorsque celle-ci, sans bouger, regarde quelqu'un d'autre faire cette action (Rizzolatti et coll. 2009). Les auteurs parlent d'un phénomène de résonance motrice, ce qui signifie que c'est notre corps qui comprend, avant notre perception consciente. Gallese (2005) suggère que «l'émotion de l'autre est constituée, vécue et ainsi directement comprise par le biais des stimulations corporelles produites par un état du corps partagé». Autrement dit, lorsque nous sommes empathiques envers autrui, nous ressentons par le biais de notre corps l'émotion de l'autre grâce au système des neurones miroirs. Cela a été démontré pour les sensations de dégoût (Wicker et coll. 2003) et de tristesse en lien avec la sympathie (Decety et Chaminade, 2003), mais également pour la douleur (Jackson et coll. 2005). Si nous partageons des états du corps, c'est-à-dire si nous pouvons être contaminés par la panique d'autrui, alors nous pouvons, sans trop prendre de risque de nous tromper, postuler que l'état calme

et posé du corps du thérapeute se partage également. Ce canal de communication fonctionne à notre insu. Cependant, ce que nous pouvons maîtriser en tant que professionnels, est d'étendre les exercices d'apaisement et de stabilisation à nous-mêmes, pour notre bien-être, mais surtout dans le but d'influer sur l'état du corps de la ou des personnes en face de nous. Secondairement, un état du corps calme et posé est efficace également pour ne pas nous laisser submerger par les sentiments de détresse et de désespoir des personnes venues en thérapie, d'où l'importance que le thérapeute soit physiologiquement capable de continuer à accompagner la personne, sans rupture d'attachement. A notre sens, c'est ce qui fait toute la différence, notamment dans le travail avec les personnes pour lesquelles le sentiment de sécurité n'est pas acquis. Steven Porges (2001) nous apprend à travers le concept de « neuroception », que les niveaux archaïques de notre cerveau scannent l'environnement pour déceler un danger éventuel, confirmant ainsi la primauté de l'enjeu de sécurité. Ce niveau des états du corps partagés concerne la régulation physiologique comme la fréquence cardiaque, la pression sanguine, et surtout la respiration. Cette dernière est une fonction régulée par le tronc cérébral, que nous pouvons influencer consciemment, par exemple en prenant une grande respiration ou en modifiant notre fréquence respiratoire. C'est aussi à ce niveau qu'agissent les exercices d'ancrage, qui rappelons-le, servent à apaiser le corps, pour permettre aux personnes d'être en lien avec lui afin de s'apaiser psychologiquement par la suite.

Un autre niveau de communication, est celui des comportements non verbaux, en passant par notre posture, la modulation du ton de notre voix, le rythme de parole, nos mouvements, le regard, etc. Nous connaissons la valeur de l'accordage postural, tant sur un plan thérapeutique que diagnostique, la règle étant de dire que des personnes qui s'entendent finissent par se mettre en coposture. Si en tant que thérapeute nous accordons notre posture à celle de la personne en face de nous, et qu'elle change de position, il convient de poser la question de l'échelle de sécurité (voir p. 203).

A travers sa théorie polyvagale, Steven Porges (2011) nous apprend que nous pouvons soit entendre des fréquences hautes et modulées, ce qui correspond à des chants de comptine et aussi à la voix humaine féminine, soit des sons de basse fréquence, par lesquels nous décelons, phylogénétiquement parlant, la présence d'un prédateur, comme par exemple un grognement. Dans la relation d'aide, cela signifie qu'une voix à fréquences hautes est préférable à une voix à fréquences basses, privilégiant ainsi les voix féminines. Il est important avant tout que la voix ne soit pas monocorde. Nous connaissons tous l'importance d'un débit de parole audible et l'utilisation de mots simples lorsque les personnes montrent des signes d'activation. De même, un environnement bruyant ne leur permettra pas de s'apaiser efficacement, quelle que soit l'ingéniosité de l'exercice de stabilisation proposé. Cette régulation, qui se passe dans les aires cérébrales archaïques, nous permet de nous orienter dans l'environnement, de trouver une place, de bonnes distances par rapport aux autres, que ce soit sur un plan postural ou auditif. C'est à ce niveau du diencéphale que se régulent également le sommeil et la prise de nourriture.

Le moyen le plus efficace pour agir en cohérence sur le plan non verbal et comportemental est de croire au message que nous souhaitons faire passer, et de ne pas dire ce que nous ne pensons pas. Les auteurs des textes autour des neurones miroirs indiquent que c'est l'intention qui est transmise avant tout (Trevarthen, Kokkinaki et Fiamenghi, 1999; Wohlschläger et Bekkering, 2002).

Le niveau de communication émotionnel concerne le partage des émotions, des sentiments, en résumé, l'empathie à l'œuvre au cours des séances. Il est important que les thérapeutes puissent être touchés par les personnes qu'ils souhaitent aider, tout en maintenant une posture sobre et retenue. Être empathique à l'égard de l'autre ne signifie pas être submergé par son émotion. Il s'agit avant tout d'être en mesure de reconnaître et d'accepter les émotions qui circulent, en permettant qu'elles soient ressenties, sans que cela ne déborde, qu'elles restent dans la fenêtre de tolérance. Plusieurs boucles d'interaction de ce type créent de l'attachement, d'une part parce qu'il est nécessaire de se sentir en sécurité pour accéder à ses émotions, d'autre part parce que les émotions signalent que quelque chose mérite de l'attention pour être intégré ou appris. Dans notre style thérapeutique, nous avons pris l'habitude de partager nos émotions, si celles-ci deviennent prépondérantes, et que la personne n'est pas en mesure de les nommer. Une fois l'apprentissage réalisé, le contenu émotionnel se neutralise et en général la personne passe à autre chose. Sur le plan cérébral, c'est le système limbique qui régule le partage de l'émotion, principalement dans un but d'affiliation et d'attachement, et tout ce qui en découle.

Bien que tout psychotraumatologue en général veille à ce que les ressentis et émotions restent contenus dans la fenêtre de tolérance, un débordement peut se produire. Surprenant par son caractère soudain et imprévisible, le professionnel risque d'être sidéré pendant les premiers instants, ce qui provoque une rupture d'attachement, et ce même s'il se ressaisit rapidement. Si cela arrive, nous conseillons au thérapeute de considérer cette boucle interactive comme non terminée, et d'inviter la personne concernée à un entretien de régulation qui a pour but d'éviter tout débordement futur. Bien que la personne concernée ait la liberté de refuser, nous pensons que cette invitation de la part du professionnel est importante, qu'il y ait une suite des séances ou non. Notre premier conseil envers le thérapeute est qu'il reconnaisse être touché par ce qui se passe et par le bien-être de la personne, ainsi que sa surprise devant ce qui s'est passé. Ensuite, nous suggérons au professionnel de poser un cadre en clarifiant son intention : de discuter en tant que « seulement expert en thérapie en général » avec la personne « experte d'elle-même et de sa thérapie » des conditions nécessaires pour pouvoir continuer à travailler en toute sécurité. Si la personne accepte, nous invitons le tandem à identifier les éventuels déclencheurs et signes précurseurs qui n'ont pas été vus ou négligés, et qui auraient mérité plus d'attention. Il faut ensuite lister les conditions nécessaires jusqu'à ce que le thérapeute et la personne ressentent que le cadre est suffisamment sécurisé. Pour finir, nous invitons le thérapeute à remercier la personne pour cette séance d'apprentissage si précieuse. Les personnes avec lesquelles nous travaillons n'attendent pas de nous de tout savoir, loin de là. Elles se montrent parfois même extraordinairement indulgentes face aux maladresses du professionnel. Mais elles peuvent attendre d'un thérapeute qu'il se remette en question et qu'il aille à la recherche de l'information qui manque pour assurer un suivi de qualité. « Ce qui m'a aidé le plus », expliqua Catherine, qui tenait la place de la patiente dans un tel entretien, « était que vous étiez touchée par ce qui m'arrivait ». Ce commentaire se suffit à lui-même.

Le niveau de communication le plus conscient et maîtrisable en principe, constitue le langage et la communication verbale. Il s'agit des contenus explicites, du récit, des questions et réponses partagées. C'est à ce niveau cortical qu'opère le partage de connaissances, le consentement éclairé, l'accordage au niveau du discours. C'est aussi ici que se construisent les hypothèses du thérapeute, l'éva-

luation de part et d'autre du processus thérapeutique et des modifications observées entre les séances, tout comme la planification d'actions futures.

Si nous souhaitons que les personnes avec lesquelles nous travaillons accèdent à leurs réseaux traumatiques et les dépassent pour en faire des expériences intégrées et normalisées, nous devons, nous thérapeutes, commencer par une attitude intégrée, c'est-à-dire cohérente à tous les niveaux de communication. Cela se traduit par une capacité à maintenir un état physiologique calme, des comportements non verbaux posés et univoques, une empathie permettant d'accueillir l'émotion de l'autre sans qu'elle ne déborde et d'aborder l'autre avec des hypothèses a priori constructives. Exprimé comme tel, cela peut ressembler à de la haute voltige. Pourtant cela s'apprend et s'exerce. Nous invitons le professionnel à appliquer les outils de stabilisation d'abord à lui-même avant de les proposer aux personnes, et de les faire également pour lui-même chaque fois qu'il le demande à l'autre. Nous l'invitons à concrètement questionner ses hypothèses de travail, et à choisir explicitement celles qui lui permettent d'avancer constructivement dans l'interaction.

La phase d'intégration et d'accompagnement au changement

Une fois les réseaux neuronaux traumatiques vidés de leur charge émotionnelle, la capacité d'auto-guérison de notre cerveau finit par les mettre en lien avec des réseaux ressources, inscrit l'expérience vécue dans la mémoire autobiographique, ce qui permet à la personne de considérer l'événement dont il est question avec plus de distance. Une évaluation devient possible, ce qui permet de distinguer le passé du présent, ainsi que planifier des objectifs et des actions futurs. Les anxiétés s'apaisent, les intrusions cessent, et les déclencheurs redeviennent des éléments du contexte sans signification particulière. L'expérience vécue devient une source précieuse d'apprentissage, même si cela ne la rend pas agréable pour autant.

La majorité des personnes tourne la page, la thématique abordée ne leur paraît plus pertinente, au point où les souffrances antérieures sont oubliées. Il arrive que des personnes expriment une gratitude envers la vie, et toujours bien plus d'indulgence et de bienveillance à l'égard d'eux-mêmes.

Les changements que cela entraîne peuvent alors être, à leur tour, générateurs de crise : les anciens repères ne fonctionnent plus, les nouveaux semblent si peu familiers. La Théorie des Habitudes que propose Luc Isebaert et coll. (2005) indique qu'il nous faut trois semaines à trois mois pour développer et consolider de nouvelles habitudes.

L'accompagnement au changement que constitue cette troisième phase de la thérapie en psychotraumatologie peut être très variable en durée. Entre une ou plusieurs séances, permettant de constater les modifications, l'avancée vers les objectifs atteints de manière satisfaisante, amenant la fin de l'accompagnement, c'est le choix intuitif de la personne qui nous guide.

Les personnes se relevant d'un ESPT complexe et de troubles dissociatifs nécessitent pour la plupart une phase d'intégration de l'expérience et des apprentissages ultérieurs, les amenant à faire des expériences nouvelles, jamais vécues auparavant. Ainsi Brigitte a-t-elle eu besoin de temps pour ne plus être déboussolée

par un nouveau conjoint bienveillant. Plusieurs mois ont été nécessaires pour qu'elle apprenne à ne plus craindre une agression ou une rupture soudaines. Brigitte a dû quitter une posture d'impuissance anxieuse, et apprendre à faire confiance à son compagnon, auquel elle se sentait dans l'obligation de cacher sa démarche, au début de sa thérapie. Brigitte a cheminé vers un apprentissage d'une intimité dont elle n'avait pas encore fait l'expérience.

Certains auteurs, dans le monde de la dissociation, mettent l'accent sur l'apprentissage et le dépassement de la phobie de l'intimité, notamment après s'être relevé de traumatismes relationnels ou d'agressions sexuelles. Ainsi, il arrive que des personnes refassent une demande, lorsque cette dimension pour eux devient prépondérante. En dehors d'une demande explicite, nous partons du principe que les personnes savent faire. Quoi qu'il en soit, elles ont déjà démontré leur capacité à demander de l'aide. Celle-ci étant acquise, nous nous orientons d'après les besoins exprimés des personnes et des objectifs définis ensemble.

D'autres personnes ont besoin de faire le deuil de relations soutenantes, de complicités d'enfants, étant donné qu'à l'âge adulte il s'agit d'une période révolue. Faire la différence entre le passé et le présent suppose aussi cela.

Finalement, s'ajoute également l'obligation de renoncer à ce qu'il n'y aura plus. Certaines personnes auraient aimé que leurs parents changent, que ceux-ci comprennent et cette attente nous semble parfaitement légitime. Néanmoins, aussi en fin de thérapie, la tâche du professionnel est d'accompagner la personne à faire avec ces limitations, tout en ne renonçant pas à ce qui est possible.

Il n'est pas rare que les relations envers les proches se modifient, lorsque des changements importants se font jour, les personnes s'affirment, sortent d'une posture de retrait où ils étaient d'emblée d'accord et ont davantage accès à leurs besoins et leurs désirs. Cela peut ne pas toujours être confortable pour l'entourage. Des parents nous décrivent des adolescents qui se comportent... comme des adolescents. C'est la tâche du thérapeute d'expliquer à des conjoints déboussolés ou à la famille surprise, que cela n'a rien de pathologique, même s'ils peuvent passer par des moments quelque peu inconfortables. Après une phase de stabilisation, tout le monde s'accorde en général pour préférer l'état actuel.

Plus la liste des traumatismes à désensibiliser est longue, plus ces trois phases à savoir la stabilisation, la confrontation aux traumatismes et l'accompagnement au changement se font par boucles successives. Ce sera l'atteinte satisfaisante des objectifs de départ qui guidera le tandem thérapeutique. Il n'est pas rare de voir des personnes alors formuler de nouveaux objectifs, invitant le professionnel à expliciter suffisamment les ressources mises en œuvre, afin de maintenir le cap sur l'autonomie.

Conclusion : tout traumatisme est complètement guérissable

Pour conclure nous aimerions insister sur le postulat que tant qu'il y a de la vie, tout traumatisme est guérissable, aussi sordide en soit le contenu. Dans le passé, les personnes ont déjà fait l'essentiel en restant en vie, même si par la suite le sentiment d'être blessé, voire handicapé peut être présent. Nous savons que cela n'est plus une fatalité, car la plasticité cérébrale permettant de remanier les réseaux neuronaux est aujourd'hui reconnue infinie.

Quelles que soient les méthodes thérapeutiques choisies, nous invitons chaque professionnel à suivre les règles proposées en psychotraumatologie, amenant à donner au corps une place prépondérante, à l'inviter comme un cothérapeute plutôt que le considérer comme une entrave au processus.

La ressource d'un fonctionnement intégratif chez le thérapeute et le respect de la hiérarchie des besoins de sécurité, d'attachement et d'espoir donnent des ailes à la thérapie. La centration sur les compétences et l'absence de lutte de territoires qui en découle ne fera qu'en accélérer le déroulement et sont une puissante protection contre toute (re-)traumatisation.

Rester centré compétences en psychotraumatologie suppose de travailler spécifiquement et systématiquement avec les ressources et les compétences, et de manière non systématique avec les problèmes, c'est-à-dire uniquement lorsqu'ils émergent. Cela suppose une centration sur les tâches de la vie quotidienne avant tout.

Finalement, à l'issue de cette excursion, nous pouvons proposer notre définition du traumatisme psychique. Il s'agit d'une expérience d'apprentissage non encore aboutie, bloquée par une trop grande charge émotionnelle, provoquant des réactions physiologiques attirant toute l'attention sur la survie. Notre tâche se résumera alors à aider les personnes qui le souhaitent, à parfaire cet apprentissage, quel qu'en soit le contenu. Il n'est d'ailleurs pas rare, que ce dernier reste à jamais inconnu, cela n'entrave nullement le processus d'autoguérison.

Plus cet accompagnement peut se faire à la « bonne vitesse », plus la thérapie se déroule dans de bonnes conditions, construisant de la motivation et de la résilience.

Avoir rapproché la psychotraumatologie et l'approche centrée compétences nous amène au constat que la psychotraumatologie classique a besoin de l'approche centrée compétences pour avancer dans de bonnes conditions, surtout pour les personnes souffrant de traumatismes complexes. Il nous paraît important d'inviter le monde solutionniste à ne pas faire l'impasse sur les réactions émotionnelles, qui lorsqu'elles se montrent de manière exacerbée et répétitive, méritent une approche spécifique.

Correspondance :
Hélène Dellucci
Cercle de Compétences
19, rue de la République
69600 Oullins, France
helene.dellucci@wanadoo.fr

Bibliographie

1. American Psychiatric Association (2002). DSM-IV-TR. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*.
2. Brewin C.R., Andrews B., Valentine J.D., 2000. Meta-analysis of risk factors for post-traumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 5, 748-766.
3. Brown D., Fromm E., 1986. *Hypnotherapy and hypno-analysis*. Lawrence Erlbaum Associates: Hillsdale, NJ.
4. Charbonnier J.J., 2012. *Les 7 bonnes raisons de croire à l'au-delà*. Ed. Guy Trédaniel, Paris.

5. Chu J.A., 1998. *Rebuilding shattered lives: Treating complex post-traumatic and dissociative disorders*. Wiley, New York.
6. Courtois C.A., 1999. *Recollections of sexual abuse: Treatment principles and guidelines*. Norton, New York.
7. Delage M., 2007. Attachement et Systèmes Familiaux. Aspects conceptuels et conséquences thérapeutiques. *Thérapie familiale*, 28, 4, 391-414.
8. Dellucci H., 2009. Les neurones miroirs: une nouvelle clé pour comprendre les traumatismes transmis? *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 43, 2.
9. Dellucci H., 2009. *EMDR Letters*. Papier présenté à la 10^e Conférence EMDR Europe, Amsterdam, Pays Bas.
10. Dellucci H., 2010. *EMDR Letters. How? Why? When?* Papier présenté au 11^e Congrès EMDR Europe à Hambourg, Allemagne.
11. Dellucci H., 2010. *No matter how slow you go, as long as you don't stop: A six gear mechanics for a safe therapy journey through complex trauma*. Poster présenté au 11^e Congrès EMDR Europe à Hambourg, Allemagne et au 1^{er} Congrès EMDR Asie à Bali, Indonésie.
12. Dellucci H., Wolf F., 2011. Choisir ses représentations dans la relation d'aide au service de plus de confort et d'efficacité. *Thérapie familiale*, 32, 2, 275-91.
13. Dellucci H., 2012. Les empreintes traumatiques précoces. Déceler les blessures préverbaux, pour mieux accéder aux souvenirs sources. In: Coutanceau R., Smith J., Lemitre S. *Trauma et Résilience. Victimes et Auteurs*. Ed Dunod, Paris.
14. Dellucci H., Vojtova H., 2012. *EMDR Solution Focused*. Actes du Congrès de l'EBTA 2012 à Torun, Pologne.
15. Dellucci H., Bertrand C., 2012. Le Collage de la Famille Symbolique et Approche Narrative. Une voie alternative pour constituer un lien d'attachement et une identité en lien avec les valeurs existentielles. *Thérapie familiale*, 33, 4, 337-355.
16. Dellucci H., 2013. L'EMDR Centré Compétences. *Actes de l'Université d'Automne*, Pégase Processus à Rennes.
17. De Shazer S., 1985. *Keys to solution in Brief Therapy*. Norton & Company. Pour la traduction française: (1999). *Clés et Solutions en Thérapie Brève*. Editions Satas.
18. Dolan Y.M., 1991. *Resolving Sexual Abuse. Solution Focused Therapy and Ericksonian Hypnosis for Adult Survivors*. Norton & Company, New York.
19. Felitti V.J., Anda R.F., Nordernberg D., Williamson D.F., Spitz A.M., Edwards V., Koss M.P., Marks J.S., 1998. Relationship of childhood abuse to many of the leading causes of death in adults: The adverse childhood experiences (ACE) study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14, 245-258.
20. Foa E.B., Rothbaum B.O., 2001. *Treating the Trauma of Rape. Cognitive-Behavioral Therapy for PTSD*. The Guilford Press, New York.
21. Garner D.M., Garfinkel P.E., 1985. *Handbook of psychotherapy for anorexia and bulimia*. Guilford Press, New York.
22. Hobfoll SE, et al., 2007. Five Essential Elements of Immediate and Mid-Term Mass Trauma Intervention: Empirical Evidence. *Psychiatry*, 70, 283-315.
23. Hofmann A., 2005. *EMDR in der Behandlung posttraumatischer Belastungsstörungen*. Thieme, Stuttgart.
24. Hofmann A., 2009. The Absorption Technique. In: Luber, M. (2009). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Scripted Protocols – Special Populations*. Springer Publishing Company, New York.
25. Isebaert L., Cabié M.C., 1997. *Pour une thérapie brève. Le libre choix du patient comme éthique en psychothérapie*. Editions Erès, collection Relations.
26. Isebaert L., 2005. *Kurzzeithherapie – Ein praktisches Handbuch. Die gesundheitsorientierte kognitive Therapie*. Thieme Verlag, Stuttgart.

27. Kluff R.P., 1998. Playing for time: temporizing techniques in the treatment of multiple personality disorder. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 32, 90-98.
28. Korn E.R., Johnson K. 1983. Visualization: *The uses of imagery in the health professions*. Irwin Professional, Chicago.
29. Korn D.L., Leeds A.M., 2002. Preliminary Evidence of Efficacy for EMDR Resource Development and Installation in the Stabilization Phase of Treatment of Complex Post-traumatic Stress Disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 12, 1465-1487.
30. Kutz I., Bleich A., 2005. Mental health interventions in a general hospital following terrorist attacks – The Israeli experience. *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma*, 10, 1/2, 425-437.
31. Kutz I., Resnik V., Dekel R., 2008. The effect of single-session modified EMDR on acute stress syndromes. *Journal of EMDR Practice and Research*, 2, 3, 190-200.
32. Leeds A.M., 2009. Resources in EMDR and other Trauma-Focused Psychotherapy: a Review. *Journal of EMDR Practice and Research*, 3, 3, 152-610.
33. Levine P.A., 1997. *Waking the Tiger. Healing Trauma*. North Atlantic Books, Berkeley.
34. Nijenhuis E.R.S., 2004. Somatoform Dissociation: Phenomena, measurement, and theoretical issues. Norton, New York.
35. Nijenhuis E.R.S., Van der Hart O., Steele K., 2002. The emerging psychobiology of trauma related dissociation and dissociative disorders. In D'Haenen H., Den Boer J.A., Willner P. (Eds.), *Biological Psychiatry*, 1079-1098. Wiley, London.
36. O'Shea M.K., 2009a. EMDR Friendly preparation methods for adults and children. In: Shapiro R. (Ed.) *EMDR Solutions 2. For depression, eating disorders, performance and more*. Norton, New York
37. O'Shea M.K., 2009b. The EMDR early trauma protocol. In: Shapiro R. (Ed.) *EMDR Solutions 2. For depression, eating disorders, performance and more*. Norton, New York
38. Ogden P., Minton K., 2000. Sensorimotor psychotherapy: One method for processing traumatic memory. *Traumatology*, 6, 3, 149-173.
39. Ogden P., Minton K., Pain C., 2006. *Trauma and the Body. A sensori-motor approach to psychotherapy*. W.W. Norton & Company, New York.
40. Pace P., 2007. *Lifespan Integration. Connecting Ego States Through Time*. Self-edited.
41. Quinn G., 2009. Emergency Response Procedure, pp. 271-277. In Luber M. (Ed.): *EMDR Scripted Protocols. Basics and Special Situations*. Springer, New York.
42. Reinders A.A.T.S., Nijenhuis E.R.S., Paans A.M., Korf J., Willemsen A.T., Den Boer J.A., 2003. One brain, two selves. *Neuroimage*, 20, 2119-2215.
43. Rose S.C., Bisson J., Churchill R., Wessely S., 2009. Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database of Systematic Reviews 2002*, Issue 2, 1.
44. Shapiro E., 2009. EMDR Treatment of Recent Trauma. *Journal of EMDR Practice and Research*, 3, 3, 141-151.
45. Shapiro F., 2001. *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures*. Pour la traduction française: *Manuel d'EMDR: Principes, Protocoles, Procédures*. Inter Editions.
46. Siegel D.J., 1999. *The developing mind: How relationships and the brain interact to shape who we are*. The Guilford Press, New York.
47. Tarquinio C., Montel S., 2014. *Les psychotraumatismes: histoire, concepts et applications*. Dunod, Paris.
48. Van der Hart O., Nijenuis E.R.S., Steele K., 2006. *The haunted Self: structural dissociation and the treatment of chronic traumatization*. Norton, New York.
49. Van der Kolk B.A., Perry J.C., Herman J.L., 1991. Childhood origins of self-destructive behavior. *American Journal of Psychiatry*, 148, 1665-1671.

50. Van der Kolk B., 1994. The body keeps the score: Memory and the evolving psychobiology of posttraumatic stress. *Harvard Review of Psychiatry*, 1, 5, 253-265.
51. Zaghrou-Hodali M.A.F., Dodgson P.W., 2008. Building Resilience and Dismantling Fear: EMDR Group Protocol with Children in an Area of Ongoing Trauma. *Journal of EMDR Practice and Research*, 2, 2, 106-113.

Abstract

Solution focused psychotraumatology. – Psychological trauma was once a part of psychotherapeutic work that was among the most difficult to treat. Today with modern methods of therapy based on principles of psychotraumatology, full recovery from trauma is often easy. This article focuses on different types of traumatic reactions that occur after adverse events and suggests a solution-focused perspective for working therapeutically based on the Bruges Model. Starting with a discussion on phases of treatment used in psychotraumatology we will address stabilization, the importance of addressing attachment disorders before treating traumatic memories, and work conditions needed for clients to overcome psychological trauma.

Resumen

Psicotraumatología centrada en las soluciones. – Anteriormente, los traumas psíquicos formaban parte de los cuadros clínicos más recalcitrantes. Hoy en día, con los métodos de la psicotraumatología moderna, esta afección pasa a ser más fácilmente abordable. Este artículo da un panorama de los diferentes tipos de reacciones traumáticas después de eventos negativos y propone, a partir del Modelo de Bruges, una lectura y pistas centrada en las soluciones. A través de las diferentes fases de una terapia en psicotraumatología abarcaremos: la estabilización, la importancia del apego para iniciar el trabajo, y las condiciones para un trabajo psicoterapéutico que permiten liberarse de los traumas psíquicos.