

Clinique du trauma, Thérapie du vécu de la détresse

Régine PICAMOLES, Juillet-Novembre 2010

Apports bibliographiques

Dr Muriel SALMONA « Violences sexuelles et les situations paradoxales de dépendance à l'agresseur liées à la mémoire traumatique, la dissociation, et aux conduites dissociantes » et « La mémoire traumatique », 2008

Corinne VAN LOEY « Du microtraumatisme à la guérison. Traiter l'émotion traumatique par l'hypnose et l'EMDR », ed DANGLES, 2009

Dr Éric BARDOT (directeur Institut MIMETHYS, ex HTSMA), formations en HTSMA: (Hypnose, Thérapies Stratégiques, Mouvements Alternatifs)

Autres références bibliographiques

Sandor FERENCZI « Psychanalyse IV » « et « Journal Clinique », 1927 à 1933, ed PAYOT, 1982 et 1985

Évelyne JOSSE « Accueillir et soutenir les victimes de violences sexuelles. Approche orientée vers la solution », 2007

Yvonne DOLAN, « Guérir de l'abus sexuel et revivre », ed SATAS, Bruxelles, 1996

Gérard SALEM, Éric BOIVIN « Soigner par l'hypnose », 4^{ème} ed, ed MASSON, 2007

Francine SHAPIRO, Margot SILK FORREST « Des yeux pour guérir. EMDR: la thérapie pour surmonter l'angoisse, le stress et les traumatismes », 1997, tr. franç. ed SEUIL, 2005

Boris CYRULNIK, différents livres et articles

Jean-Paul MUGNIER, différents livres et articles

INTRODUCTION

Cet écrit regroupe des notions théorico-cliniques que j'ai trouvées intéressantes pour l'abord du psychotraumatisme, et pertinentes pour une approche psychothérapeutique.

Il existe **2 types de pathologies traumatiques**

Il s'agit de deux types de réponses chez un sujet à un traumatisme :

- le syndrome de stress aigu, au décours du traumatisme
 - l'état de stress post-traumatique, après une période de latence de un mois à plusieurs années
- Ils ne se traitent pas de la même façon, d'où la distinction des deux

I - Réaction de stress

Définition

- Réaction adaptative mobilisant les capacités psychiques et préparant l'organisme à l'action
 - Réaction biophysiological standard d'alarme et de défense de l'organisme face à toute agression
1. *Phase aiguë d'alarme*, de mobilisation urgente des moyens de défense
 2. *Phase d'adaptation* (de résistance) de maintien des défenses et reconstitution des réserves d'énergie nécessaires

3. *Phase d'épuisement* avec effondrement des défenses lorsque la situation agressive se prolonge trop longtemps et que l'organisme ne peut plus constituer de réserves d'énergie

II - Réaction de stress dépassé ↪ Détresse

II.1 Définition de la détresse

Tout vécu subjectif négatif

- engrammé dans le **corps**,
- dont l'intensité est dysfonctionnelle
qui s'exprime sur un mode sensoriel, émotionnel, comportemental ou cognitif,
dont les effets
 - se maintiennent dans le temps
 - ne sont pas congruents avec le contexte présent

II.2 Trois composantes à la détresse

- **état de confusion** : l'incident altère la perception et la compréhension de la situation
- **surstimulation émotionnelle** : l'incident représente un danger pour l'intégrité psychique ou physique. Il peut inspirer terreur, horreur, dégoût, douleur, sensation de mort imminente
- **sentiment d'impuissance** : l'incident est complètement en dehors du contrôle de la personne sur la situation, ses actions, son corps. Il fait passer la personne de sujet actif à un objet désarmé.

II.3 Trois réactions (qui sont des tentatives de solution par rapport au vécu de détresse)

1. Sidération (faire le mort) > Dissociation (sur les plans cognitif, psychomoteur, affectif)

= *Réponse Centrale* : cad globale de tout le système nerveux central, faisant appel au cortex frontal, structure complexe

2. Fuite, évitement, agitation désordonnée (panique) > Phobie

3. Lutter contre, action (automatique) > Hypercontrôle, aspect obsessionnel (compulsif)

2 et 3 = *Réponses périphériques* : cad réactions basiques sous-corticales, système hypophyso-cortico-surrénalien (système nerveux sympathique - décharge d'adrénaline - et système médullo-surrénalien – décharge de cortisol)

III - Syndrome de stress post-traumatique

III.1 Réaction aiguë à un facteur de stress ou état de stress aigu

(quelques heures à un mois après l'événement)

- événement vécu ou dont le sujet a été témoin (mort)
- réactions par une peur intense, sentiment d'horreur ou d'impuissance
 - > Sidération, symptômes dissociatifs (sentiment de torpeur, détachement, absence de réactions émotionnelles)
- Réduction de la conscience de l'environnement
- Déréalisation, dépersonnalisation, amnésie dissociative
 - > L'événement traumatique est constamment revécu : images, pensées, rêves illusions, flashback ou souffrance lors de l'exposition à tout ce qui peut rappeler l'événement traumatique
 - > Troubles anxieux (endormissement, irritabilité, troubles de la concentration, vigilance, agitation motrice, sursaut exagérés)
 - > Détresse avec altération du fonctionnement social, professionnel, familial...

III.2 Phase de latence

Il s'écoule entre l'événement et l'apparition de l'état de stress post-traumatique une période de latence, en apparence asymptomatique, d'une durée de 1 mois (CIM 10) à 6 mois (DSM IV)

Tant qu'il n'y a pas de mise en sens, il y a isolation de l'événement (trop douloureux par exemple)

La mise en sens participe de l'arrêt traumatique. Noter l'importance du fait culturel.

- Il s'agit de rechercher l'événement qui a provoqué la réactivation : on travaille les conséquences dans le présent d'une histoire passée. Il est fondamental de ne pas valider l'histoire passée comme un justificatif du comportement actuel.

III.3 État de stress post-traumatique

1) *Syndrome de répétition* qui peut toucher:

- La sphère sensorielle
 - hallucinations (visuelles, auditives), touchant tout ou partie de la scène
 - illusions (visuelles)
 - souvenirs intrusifs (remémorations)
 - cauchemars de répétition
 - flash-back (visualisation des scènes) ≠ remémoration des scènes. Processus différents (Traitement différent)
- La sphère cognitive
 - ruminations mentales (dévalorisation, diminution), interrogation prolongée et récurrente sur la signification, la cause etc. de l'événement
- La sphère émotionnelle
 - le vécu comme si l'événement allait se reproduire (crises émotives)
 - épisodes dissociatifs de retour en arrière (éprouvés bizarres)
- La sphère comportementale
 - réactions motrices élémentaires : tics, sursauts, recroquevillement, dans des situations rappelant l'événement, intéressant tout ou partie du corps
 - conduites de répétition (agissements comme si l'événement allait se reproduire, jeux répétitifs)
 - associé à une détresse bio-psycho-corporelle avec symptomatologie corporelle associée :
 - troubles neurovégétatifs (transpiration, pâleur, tachycardie, troubles intestinaux, dyspnée, tremblements, troubles urinaires)
 - raidissement du corps lors des reviviscences
- la survenue du syndrome de répétition peut être :
 - spontanée
 - provoquée par un stimulus évoquant la situation traumatique
 - libérée par des situations de baisse de vigilance

2) *Troubles de la personnalité*

- Blocage de la maîtrise cognitive et de la relation à soi
 - attitude hypervigilante et d'alerte, sursaut aux stimulations évocatrices du trauma voire à toutes
 - toute stimulation est menaçante, attitude de qui vive, sentiment permanent d'insécurité

- résistance à l'endormissement
- Blocage de la relation au monde et de la motivation
 - perte de la curiosité pour le monde (monde perçu comme distant, déréel, artificiel)
 - perte de l'intérêt pour les loisirs, le travail, perte de motivation (facies inexpressif, regard absent)
- Blocage de l'émotion et de la relation à autrui
 - régression narcissique (infantilisme)
 - attitude de dépendance par rapport à l'entourage (exigences capricieuses, revendications, position victimaire)

3) *Pathologies psychiatriques constituées*

- Asthénie, anxiété
- somatisation
- troubles obsessionnels (TOC), phobiques
- conversion hystérique
- troubles psychosomatiques (asthme, ulcère, psoriasis etc.)
- pathologies délirantes aiguës ou chroniques
- conduite addictives (boulimie, alcool, toxicomanie)
- dépression

IV – Hypothèses cliniques et neurobiologiques liées au psychotraumatisme

IV.1 Les apports de FERENCZI sur le traumatisme (extraits du livre de Corinne VAN LOEY)

Dans sa clinique, FERENCZI fait référence au clivage traumatique qui a pour lui le sens de coupure.

"La personne se clive en un être psychique de pur savoir qui observe les événements de l'extérieur, et un corps totalement insensible." Cette dissociation place le sujet en dehors de sa vie, comme un spectateur incapable de se remettre dans le mouvement, dans le sens.

"Un choc inattendu, non préparé et écrasant, agit pour ainsi dire comme un anesthésique. Mais comment cela se produit-il? Apparemment par l'arrêt de toute espèce d'activité psychique, joint à un état de passivité dépourvu de toute résistance. La paralysie totale de la mobilité inclut aussi l'arrêt de la perception, en même temps que l'arrêt de la pensée. La conséquence de cette déconnection de la perception est que la personnalité reste sans aucune protection. Contre une impression qui n'est pas perçue, il n'est pas possible de se défendre. Cette paralysie totale a pour conséquence : 1) que le cours de la paralysie sensorielle sera, et restera, durablement interrompue ; 2) que durant celle-ci on acceptera sans résistance toute impression mécanique ou psychique ; 3) qu'aucune trace musicale ne subsistera de ces impressions, même dans l'inconscient, de sorte que les origines de la commotion sont inaccessibles par la mémoire. Si toutefois vous voulez attendre (ce qui, logiquement, semble à peu près impossible), alors il faut répéter le traumatisme lui-même et, dans des conditions plus favorables, l'amener, pour la première fois, à la perception et à la décharge motrice." FERENCZI décrit ici un état de sidération.

"L'effet immédiat d'un traumatisme dont on ne peut venir à bout aussitôt est la fragmentation. Question : cette fragmentation est-elle seulement la conséquence mécanique du choc ? Ou est-elle déjà aussi, en tant que telle, une forme de la défense, c'est-à-dire de l'adaptation ? ». FERENCZI pense que tant que ce traumatisme n'a pu être revécu avec toute son intensité, le patient reste clivé entre intellect et émotion et "oscille comme avant, entre le symptôme dans lequel il ressent tout le déplaisir sans rien comprendre, et la reconstruction à l'état de veille au cours de laquelle il comprend tout mais ne ressent rien, ou très peu de choses seulement." Il ne s'agit pas de raconter le traumatisme, car la parole empêche leur vécu émotionnel et entretient la situation dans laquelle la

personne comprend tout mais ne ressent rien. La guérison est la réunion, dans une même expérience, du ressenti et du compris, réparant le clivage initial qui maintient la personne dans une certaine irréalité.

"Tâche de l'analyste de lever ce clivage.[...] Pendant la transe, inciter la pensée à l'activité en posant des questions très simples, faire revivre pour ainsi dire l'âme qui a été rendue avec tact mais avec énergie, et amener lentement ce fragment de mort ou clivé à admettre que pourtant il n'est pas mort. En même temps il faut que le patient fasse l'expérience d'un courant suffisant de pitié et de compassion pour qu'il vaille la peine pour lui de revenir à la vie."

"Le comportement des adultes à l'égard de l'enfant qui subit le traumatisme fait partie du mode d'action psychique du traumatisme. Ceux-ci font généralement preuve d'incompréhension à un très haut degré. Ces choses sont simplement recouvertes par un silence de mort, les légères allusions de l'enfant ne sont pas relevées, voire rejetées comme incongrues, et ce avec le total consensus de tout son entourage et de façon tellement systématique, que, face à cela, l'enfant cède et ne peut plus soutenir son propre jugement. [...] Il apparaît que les patients ne peuvent pas croire, ou pas complètement, à la réalité d'un événement, si l'analyste, le seul témoin de ce qui s'est passé, maintient son attitude froide, sans affect et, comme les patients aiment à le dire, purement intellectuelle, tandis que les événements sont d'une telle nature qu'ils doivent évoquer en toute personne présente des sentiments et des réactions de révolte, d'angoisse, de terreur, de vengeance, de deuil et des intentions d'apporter une aide rapide, pour éliminer ou détruire la cause ou l'esponsable.[...] « ça ne peut être vrai que tout cela me soit arrivé, sinon quelqu'un viendrait à mon secours », et le patient préfère douter de la justesse de son jugement plutôt que de croire en la froideur de nos sentiments [..]"

Ailleurs : " Lorsqu'on a abandonné tout espoir d'aide de la part d'une tierce personne, et qu'on sent ses propres forces d'autodéfense totalement épuisées, il ne reste plus qu'à espérer la clémence de l'agresseur. Si je me soumetts si complètement à sa volonté que je cesse d'exister, si je ne m'oppose donc pas à lui, peut-être n'accordera-t-il la vie sauve ; tout au moins ai-je plus d'espoir, en excluant toute lutte de résistance, de voir l'agression agir de façon moins destructrice. [...] Ce mode d'explication implique cependant la possibilité que, dans des moments de danger extrême, l'intelligence se détache du Moi." Dans cette acceptation des choses, le corps n'existe plus, seule la pensée a droit de cité, peut-être plus la pensée en tant que pensée opératoire, l'autre pensée, le psychisme propre à chacun, porteur de sens, étant privé d'existence, anesthésiée, morte.

Autre possibilité d'adaptation, à propos d'une patiente ayant subi trois attentats sexuels, FERENCZI écrit : "malgré la précarité de cette tripartition, une forme d'adaptation à la situation apparemment insupportable s'était établie. Être soumis à l'hypnose et à l'abus sexuel est devenu le schéma de celle-ci. Comme si la répétition constante d'un rythme, même aussi pénible, c'est-à-dire le frayage d'une voie, suffisait en soi pour que le pénible paraisse moins pénible."

À propos d'un autre patient : Nous apprenons par lui qu'il ne se soucie plus guère de sa respiration et de son coeur, ni de la conservation de sa vie en général, qu'il considère même la destruction et la mutilation avec intérêt, comme s'il n'était plus lui-même, mais comme si c'était à un autre être que ces souffrances étaient infligées. [...] (dans la mesure où le motif de l'agression était chez l'agresseur le sadisme, la vengeance contre le sadique est effectivement obtenue par l'apparition de l'insensibilité : il ne peut plus infliger de souffrance au corps mort, insensible, et il doit ressentir son impuissance."

Sa thérapie vise à rétablir l'unité de l'individu. L'empathie bienveillante et l'engagement du thérapeute occupent une place centrale. "J'ai essayé de mener jusqu'au bout la technique freudienne de frustration [...] Après l'échec de celle-ci, la permissivité et la relaxation. [...] Après ces 2 insuccès, je m'attache à travailler avec humanité et naturel [...] Le contraste avec l'environnement de la situation traumatique, donc la sympathie, la confiance - réciproque - doivent être établis, avant que ne soit mise en place une attitude nouvelle: la remémoration au lieu de la répétition. La seule association libre, sans que soient jetées de nouvelles bases pour une atmosphère de confiance, n'apporte donc pas de guérison véritable."

IV.2 Violences sexuelles et les situations paradoxales de dépendance à l'agresseur liées à la mémoire traumatique, la dissociation, et aux conduites dissociantes

Le Dr Muriel SALMONA, Psychiatre, Responsable de l'Antenne 92 de l'Institut de Victimologie, a écrit en 2008 2 articles très intéressants sur ce sujet, dont j'ai effectué la mise en forme ci-dessous pour une formation sur les agressions sexuelles. Les idées émises me semblent au demeurant s'appliquer aussi aux traumatismes répétés comme la violence conjugale.

Les traumatismes liés à des violences créent, du fait du stress extrême généré par **la première agression, une mémoire traumatique** (avec circuit de peur conditionnée) responsable **de conduites paradoxales de dépendance à l'agresseur, de conduites à risque et de mises en danger**. Ces conduites paradoxales sont **des conduites dissociantes qui s'imposent de façon incompréhensible et incontrôlable** à la victime pour échapper à une angoisse et une détresse intolérable et qui permettent de la soulager en créant **un état dissociatif avec anesthésie affective et sensitive, dépersonnalisation et état de conscience altérée**.

La mémoire traumatique, trouble de la mémoire implicite émotionnelle, **se traduit par des réminiscences intrusives** qui envahissent la conscience (flash-back, illusions sensorielles, cauchemars) qui font revivre à l'identique tout ou partie du traumatisme, **avec les mêmes terreur et réactions physiologiques et psychologiques que celles vécues lors des violences**. Anhistorique, non-intégrée, hypersensible, elle est déclenchée par des sensations, des affects, des situations qui rappellent, consciemment ou non, les violences ou des éléments de leur contexte, et ce longtemps après le traumatisme. Elle est particulièrement fréquente chez les victimes de violences sexuelles, de maltraitance dans l'enfance et d'actes de torture; elle est à l'origine des symptômes psychotraumatiques les plus graves, chroniques et invalidants.

Très difficile à calmer, la mémoire traumatique peut, surtout quand elle est parcellaire ou sensorielle, ne pas être identifiée ni reliée au traumatisme, ce qui la rend d'autant plus déstabilisante et destructurante. Elle s'apparente à une bombe prête à se déclencher à tout moment, transformant la vie en un terrain miné, nécessitant une hypervigilance et des stratégies d'évitement (des situations, de sensations, de la pensée, des émotions) et de contrôle épuisants et handicapants, ainsi qu'un auto-traitement par des conduites dissociantes qui permettent de s'anesthésier.

Les mécanismes neurobiologiques et neurophysiologiques qui la sous-tendent commencent à être bien connus. Ils permettent d'élaborer des modèles théoriques qui éclairent la genèse de nombreux symptômes psychotraumatiques, mais aussi de troubles psychiques associés comme les troubles de la personnalité, du comportement et des conduites (particulièrement les conduites à risque, les conduites auto-agressives et les addictions), incompréhensibles chez les victimes.

Il s'agit de **mécanismes neurobiologiques exceptionnels de sauvegarde** mis en place lors de la première agression. Le caractère imprévu, inconcevable, incompréhensible de l'agression (venant souvent de la part d'un adulte censé protéger et être un exemple) génère une forte réponse émotionnelle (par l'intermédiaire du système limbique, dont la principale structure est l'amygdale cérébrale) responsable d'un stress extrême avec sécrétion d'**adrénaline** et de **cortisol** à des doses qui deviennent rapidement toxiques pour le système cardiovasculaire et le cerveau, représentant un **risque vital** pour l'organisme. **Pour y échapper le cerveau va faire disjoncter le circuit limbique responsable du stress et isoler l'amygdale cérébrale. Ceci va entraîner l'extinction de la réponse émotionnelle**, faire chuter les taux d'adrénaline et de cortisol et donc supprimer le risque vital. Mais cela va aussi déconnecter les fibres qui informent le cortex des émotions (**le cortex ne pourra pas traiter l'évènement**), cela entraîne également une **anesthésie affective et une dissociation** (état de conscience altérée). La déconnexion des fibres qui permettent la transformation de la mémoire émotionnelle amygdalienne non consciente en mémoire consciente autobiographique entraîne **des troubles mnésiques: amnésie partielle ou complète du traumatisme et mémoire émotionnelle traumatique**.

La déconnexion de l'amygdale se fait grâce à des **drogues endogènes "dures"** sécrétées par le cerveau, dont les endorphines: ce sont elles qui vont **stopper le risque vital physique et psychique au prix d'un état dissociatif, d'une anesthésie affective et d'une mémoire traumatique**.

Restant piégée, hypersensible, immuable, avec une intensité des affects intacte, **la mémoire traumatique peut se "rallumer" au moindre lien (affect, sensations sensorielles)** avec l'évènement traumatique (en totalité ou en partie), fait consciemment ou inconsciemment. Cela génère alors le même état de détresse et de panique et d'angoisse que lors du traumatisme initial. **Pour éviter de réactiver la mémoire traumatique** entraînant ces crises, souvent incompréhensibles et impossibles à calmer, il faut éviter toute nouvelle

situation de violence ou susceptible de faire lien avec le traumatisme: **des conduites de contrôle (comme la mise hors de danger) et d'évitement vont donc être mises en place par la victime. Les conduites d'évitement sont vouées à l'échec si les violences continuent, si la victime reste en contact avec son agresseur, la mémoire traumatique étant alors continuellement réactivée.**

Quand les conduites d'évitement ne suffisent plus et que la mémoire traumatique "explose", la souffrance est intolérable. Pour y échapper il ne reste plus comme solutions que disparaître (suicide) ou mettre en place des mécanismes de sauvegarde par disjonction: le plus souvent seules des conduites "d'auto-traitement" dissociantes dont la victime a fait l'expérience de leur efficacité, vont pouvoir calmer l'état de détresse. La victime face à son agresseur se dissocie et se retrouve dans un état d'anesthésie affective et d'altération de la conscience avec dépersonnalisation, sensation d'étrangeté, impression d'être spectateur de ce qui lui arrive, d'assister à un film, ce qui la rend incapable de se défendre, de réagir et la met dans la situation d'être totalement sous emprise (état hypnoïde).

Mais ce système de disjonction étant sous la dépendance de drogues endogènes "dures", cela peut entraîner des **phénomènes de tolérance, d'accoutumance et de dépendance : pour que la déconnexion se fasse, il faut un niveau de stress de plus en plus élevé** pour avoir des taux plus élevés de drogues endogènes. **Il s'agit alors dans un mouvement de spirale infernale de redéclencher la disjonction du circuit émotionnel en augmentant le niveau de stress pour recréer un niveau de survoltage suffisant.** Les façons de se mettre en danger sont multiples :

- soit par **des conduites auto-agressives** (auto-mutilations, tentatives de suicide...),
- soit **par des prises de toxiques** qui reproduisent ou provoquent l'état dissociatif (produits excitants: amphétamines), ou en le déclenchant directement par des drogues dissociantes (alcool, cannabis, héroïne, surdosage médicamenteux),
- soit par **des conduites à risque avec mises en danger. Ce sont des conduites dissociantes qui s'imposent à elle** : "plonger dans le danger", suivre son agresseur ou même de provoquer par des attitudes ou des propos "séducteurs". L'anticipation de ces passages à l'acte va créer chez elle un stress important et permettre la disjonction et l'anesthésie affective qui **permettra de vivre la situation redoutée dans un état "second", sans souffrance ni angoisse intolérable.**

Mais la disjonction provoquée va aussi recharger et aggraver la mémoire traumatique et créer une dépendance aux drogues dissociantes.

Les conduites dissociantes de la victime sont à la fois paradoxales et déroutantes, douloureuses et incompréhensibles autant pour les victimes que pour les professionnels qui s'en occupent. Elles sont responsables de sentiments de culpabilité, de honte, d'étrangeté, de dépersonnalisation et d'une vulnérabilité accrue face au monde extérieur et plus particulièrement face aux agresseurs.

Le seul moyen pour y échapper serait de ne plus être du tout en contact avec son agresseur mais l'agresseur le sait par expérience, aussi ne lâche-t-il pas sa victime (harcèlement, contact répétés). Il connaît bien ces phénomènes: il est lui-même aux prises avec une mémoire traumatique, il utilise la victime pour gérer à sa place ses conduites d'évitement et pour se dissocier grâce aux explosions de violence qu'il lui fait subir, ce qui permet à l'agresseur de s'anesthésier, les victimes étant sa "drogue". Il en joue pour assurer son emprise sur sa victime.

De plus sa victime peut être dans la nostalgie des bons moments, réels ou fantasmés: elle peut se mettre à nouveau en danger, les processus de dissociation reprendront. Nouvelle spirale infernale... **Ce n'est que quand la victime se sentira protégée de son agresseur (mise à l'abri...), qu'elle pourra sortir de cet état de dissociation et prendre alors conscience de la gravité des faits. Elle pourra alors peut-être demander de l'aide et être traitée, si elle ne fuit pas sa souffrance "en voulant oublier" pour s'en protéger.**

La prise en charge va à la fois aider les victimes à sortir de leur isolement, à mieux se comprendre, à retrouver une dignité. Cette amélioration se fait en identifiant les violences, les liens entre les violences et leurs symptômes, en comprenant les mécanismes neurobiologiques et psychologiques des psychotraumatismes. Grâce à l'accompagnement qui offre de nouvelles grilles de lecture, "revisiter" les violences permet de réunir et de replacer toutes les pièces isolées qui vont permettre de reconstruire l'événement traumatique, retrouver une chronologie et avoir une élaboration de représentations, d'interprétation et d'intégration qui vont être efficaces pour moduler et éteindre les réponses émotionnelles. La mémoire traumatique "désamorcée" pourra être réintégrée dans une mémoire explicite narrative et autobiographique libérant l'espace psychique. L'arrêt des conduites dissociantes permettra la récupération neurologique et la récupération d'un sentiment de cohérence et d'unité, de "retrouvaille avec soi-même".

Autres hypothèses neurobiologiques

D'après certains chercheurs, la situation de menace et la réaction de peur l'accompagnant suscitent donc une hyperactivation de l'amygdale et des aires visuelles secondaires au niveau du cerveau, avec aussi une désactivation de l'aire de Broca (aire du langage).

Les traumatismes graves et les expériences pénibles seraient stockés sous la mauvaise forme de mémoire: au lieu d'être stockés dans la mémoire explicite ou narrative, où l'on peut se les rappeler sans souffrance, ils sont stockés dans la mémoire implicite ou non déclarative, où ils contiennent les émotions et les sensations physiques qui faisaient partie de l'événement initial. D'où par ex. des commentaires du genre : « ce que j'ai vécu est impossible à raconter, il n'y a pas de mots pour le dire, c'est inexplicable, vous ne pouvez pas comprendre, vous ne l'avez pas vécu ».

D'où également une explication possible du peu d'efficacité des thérapies purement verbales et l'utilité des thérapies intégrant le cognitif, le sensoriel et les sensations physiques.

IV.3 Quelques bases pour des thérapies adaptées au psychotraumatisme

Outre FERENCZI, les auteurs qui font référence en la matière sont Pierre JANET et les différents auteurs qui se sont retrouvés dans le courant très large de **Palo Alto** (qui s'intéressait de différents points de vue aux communications entre humains, systèmes, etc.)

Ce courant est à l'origine :

- des **approches stratégiques** (Jay HALEY, Paul WATZLAWICK, Grégory BATESON, Giorgio NARDONE...)
- de l'**hypnose éricksonienne** (Milton ERICKSON, Ernest ROSSI, François ROUSTANG...)
- des approches dites "**thérapies brèves**" ou "**approches centrées sur les solutions**", tenant compte des 2 précédentes (Marie-Christine CABIE...)
- des **approches dites "systémiques"**
- d'autres approches comme la PNL, etc

La personne qui subit un traumatisme vit un sentiment de fragmentation, une coupure, un clivage selon FERENCZI, une dissociation selon Pierre JANET, autrement dit : le sentiment d'être et de n'être plus.

Le traumatisme provoque entre autres une altération de la personnalité temporelle. L'événement traumatique arrête, souvent brutalement, l'écoulement du temps, au profit d'un temps cyclique, rythmé par le retour intrusif du passé sous forme de réminiscences, de mnésies remaniées par le vécu actuel.

Le thérapeute doit aider la personne à retrouver le chemin de la réunification.

Une thérapie efficace touche donc le sujet dans sa globalité, cognitive, émotionnelle, kinesthésique, et vise à réintroduire la dimension d'un temps vivant. On ne peut traiter le corps indépendamment de l'esprit et vice versa.

Dans les situations où il y a eu dissociation, les thérapies aidant à réassocier ce qui avait été dissocié sont particulièrement adaptées.

Entre autres, nous avons les thérapies dites intégratives comme l'hypnose, l'EMDR ou l'HTSMA.

De plus l'EMDR et l'HTSMA par leur manière de procéder réintroduisent une mise en mouvement, ce qui est particulièrement utile lorsque le temps s'est comme arrêté.

Dans l'hypnose, l'EMDR et l'HTSMA, la particularité, s'appuyant sur les données évoquées précédemment, serait que pour traiter un traumatisme, on n'a pas besoin de le raconter en détail mais qu'il suffit qu'il soit "digéré" par le système de traitement de l'information de la personne. Ce traitement se ferait à un niveau physiologique qui permettrait l'émergence spontanée de nouvelles associations, de nouvelles prises de conscience et de nouvelles émotions. Il est difficile à l'heure actuelle d'expliquer d'un point de vue neurobiologique leur mode d'action. Différentes hypothèses

ont cours comme l'activation de manière alternative des cerveaux gauche et droit provoquant leur connexion et, parallèlement, le tissage de différents niveaux (cognitif, perceptif, émotionnel..), puisque plusieurs niveaux sont abordés en même temps (par ex. une cognition et une émotion), et confusioonnés par la fixation de l'attention sur les mouvements alternatifs.

Toujours est-il que l'EMDR et l'HTSMA agissent vite sur des traumatismes premiers, non fixés (parfois une seule séance). L'EMDR fait actuellement partie des thérapies les plus évaluées au monde. Elle et les TCC sont les seules méthodes conseillées par la Haute Autorité de la Santé pour le traitement des traumatismes psychiques, suivant les conclusions du rapport de l'INSERM de 2004.

Rapport INSERM du 26/2:04 "Psychothérapie – Trois approches évaluées"

"Pour l'état de stress post-traumatique, une méta-analyse rassemble les études portant sur plusieurs types de thérapies comportementales et cognitives (thérapies comportementales, EMDR...) et de traitements médicamenteux.

Les TCC (y compris l'EMDR) apparaissent plus efficaces que le traitement médicamenteux sur les symptômes du stress post-traumatique, les effets de ces psychothérapies sont maintenus après un suivi de 15 semaines en moyenne.

Une autre méta-analyse portant spécifiquement sur l'EMDR montre l'efficacité de cette technique (considérée comme une variante de la thérapie comportementale d'exposition) par rapport au groupe témoin."

Guide ALD Affections psychiatriques de longue durée, Troubles anxieux graves, Rapport HAS de Juin 2007, pp 17-18

Pour la prise en charge de l'état de stress post-traumatique (ESPT), la recommandation concerne les psychothérapies structurées

"● Le traitement de choix est la Thérapie cognitivo-comportementale (TCC) centrée sur le traumatisme ou la désensibilisation avec mouvements oculaires (EMDR : *eye movement desensitization and reprocessing* *) L'EMDR est contre-indiquée en cas de pathologie psychotique.

- Les techniques d'hypnose peuvent être bénéfiques sur certains symptômes (douleurs, anxiété, cauchemars).
- Le traitement psychothérapeutique est proposé quel que soit le délai écoulé depuis le traumatisme.
- Ce traitement est conduit en entretiens individuels, habituellement au nombre de 15 à 20 séances, au rythme de 1 ou 2 par semaine.
- En l'absence d'amélioration ou en cas d'amélioration limitée :
 - une réévaluation du diagnostic est nécessaire ;
 - un changement de thérapie ou une intensification de la thérapie associée à un traitement médicamenteux peuvent être proposés.

* *La thérapie EMDR est une thérapie cognitive des troubles psychotraumatiques, basée sur une exposition en imagination au souvenir douloureux couplée à des mouvements oculaires réguliers, et visant à une désensibilisation émotionnelle. Elle est composée de 3 éléments :*

– *l'exposition en imagination à des images évoquant les événements traumatiques ;*

– *des aspects cognitifs où le patient remplace les pensées négatives associées aux images par des pensées positives ;*

– *la pratique de mouvements oculaires saccadés que l'on demande au patient d'effectuer en suivant les mouvements rapides de gauche à droite de l'index du thérapeute."*

V - Clinique relationnelle du psychotraumatisme (Eric BARDOT)

A côté des descriptions du DSM IV ou de la CIM 10 de l'état de stress post-traumatique, il nous a semblé intéressant de repenser la psychopathologie du psychotraumatisme sur un mode relationnel, processuel, faisant appel à la causalité circulaire.

V.1 Les croyances de base

L'être humain se construit sur 3 croyances de base qui se tissent entre elles :

- **Capacité à agir un monde sécure**, c'est-à-dire la conviction d'être acteur dans un monde de relations
- **Validation de ce monde sécure par la reconnaissance du tiers**. On a besoin de la reconnaissance de l'autre pour se construire, de pouvoir prendre appui sur des gens dans des contextes différents. Ce n'est pas rester seul qui protège, mais un feed-back positif
- **Sens de la vie** : cohérence de ce monde avec son vécu (cf. Victor Franckel, à l'origine de la logothérapie)

Ces 3 croyances de base ont bien été étudiées par les éthologues de l'enfant (Bowlby, Stern, Trévarthen) et par les cognitivistes sous forme de schémas de pensée (Young), qui en fait peuvent être perçus comme la condensation de mondes relationnels. Lorsque la cohérence entre ces 3 croyances reste altérée, le vécu de détresse est entretenu dans une boucle dysfonctionnelle où les tentatives de solutions inopérantes sont répétées.

La relation thérapeutique va tenter de réactiver ces trois croyances fondamentales.

V.2 Les processus en jeu dans le psychotraumatisme

Les apports de Cloé MADANES

- Quand la personne vient vous dire « j'ai un problème avec moi-même », c'est que le problème est dans la relation à l'autre

ex: si c'est toujours de ma faute, la faute c'est le regard des autres

- Quand la personne vous dit « j'ai un problème avec les autres », c'est qu'elle a un problème dans sa relation au monde dans ce qu'il a de concret

ex: quand la voiture est en panne et que c'est la faute du garagiste, c'est qu'il y a un problème avec le monde concret

- Quand la personne vous dit « j'ai un problème avec le monde », c'est qu'il existe un problème avec sa vision du monde (ses valeurs), c'est qu'elle a un problème avec elle-même

L'intérêt de cette manière de voir est d'abord de servir de guide à la thérapie :

- Le premier processus en jeu serait le **processus d'envahissement, d'effraction, d'intrusion**. L'intensité de l'impact, la célérité et l'imprévisibilité du mouvement mettent en scène le vécu sécure et la mort physique. Nous sommes dans le corporel, l'impact de l'effraction, il n'y a aucun processus de pensée à l'oeuvre. **Ce processus met en scène le contexte et l'individu.**

Pour qu'il existe un traumatisme, il faut qu'il existe une intrusion (c'est-à-dire un mouvement, un acte) et qu'elle porte sur l'imprévisibilité et la vitesse. Cela met en scène le vécu insécure, la mort physique, avec un télescopage avec notre conviction que l'on est acteur dans le monde.

- Le deuxième processus actif est celui de la **perte de contrôle, de l'impuissance et de leur contraire : la résilience et la capacité à agir. Il met en scène la relation de l'individu à lui-même** d'un côté l'inhibition, de l'autre la confusion, l'agitation, le délire et la mort mentale : la folie. Dans une tentative de maintenir le contrôle, d'être acteur de ce que l'on

subit, nous avons un processus de mentalisation, d'interprétation qui entretient le problème : le remède est pire que le mal.

La perte de contrôle porte sur le sens. Cela active l'axe folie/confusion/délire. Plus cela est fort, plus le corps est en jeu.

- Le troisième processus est celui de la **perte de protection du tiers** en position d'autorité. Il met en scène l'exclusion du monde des humains où le sujet est réduit au rang de chose, d'objet. Dans cette réduction, l'individu a la perception très immédiate de se retrouver seul au monde. **Ce processus met en scène la mort sociale et les processus d'exclusion, de rejet, d'abandon. On est dans la thématique de l'exclusion, avec le risque de renvoyer à la personne traumatisée qu'elle n'appartient pas à la communauté humaine : déshumanisation, prendre l'autre pour un pion, pour un objet.** L'expérience montre aujourd'hui que **ce troisième processus ancre les psychotraumatismes les plus sévères.** On parle peut-être beaucoup du psychotrauma car on ne veut plus entendre parler de la mort ni de la folie, reste le processus d'exclusion. Souvent les gens viennent en thérapie parce qu'ils craignent l'exclusion, et non pas à cause de leurs symptômes.
Se pose la question de la relation à l'autre en tant que tiers sécuritaire, avec un besoin de reconnaissance de sa part, travail qui va être remis en chantier grâce à la thérapie.

Le psychotraumatisme est une expérience de réactivation.

Nous avons donc à traiter ce traumatisme comme un double traumatisme :

- trauma sur l'acte
- trauma sur la protection

Par exemple dans les situations d'inceste, l'attitude de la mère est perçue comme une validation de l'agression du père (double agression)

Il s'agit donc d'accéder au scénario d'avant qui entretient cela

- la problématique traumatique n'est pas un problème de personne mais elle s'inscrit dans le registre relationnel
Souvent les personnes ont l'impression de se débattre seules dans leur problèmes
- la personne est piégée tant qu'elle s'attribue le trauma
On sait par exemple que les stratégies de torture les plus efficaces sont quand le corps de la personne la fait souffrir sans intervention d'un tiers, en y ajoutant une alternance de protection et agression de la part du bourreau, afin de la confuser encore plus.

Boris Cyrulnik: « il suffit que quelqu'un ait fait au moins une fois dans sa vie une expérience humaine d'authenticité dans la relation humaine pour permettre que sa vie change ». Cela permet à la personne de se qualifier dans la relation.

> Le thérapeute peut se piéger dans sa façon de poser les problèmes: le travail est un travail de tissage

**> Il faut donc remettre en scène des tiers soutiens (cf. plus loin les stratégies utilisées en HTSMA)
Le thérapeute peut jouer la fonction de tiers protecteur dès le premier abord.**

A la rencontre des 3 processus à l'instant t : le vécu de détresse, qui est plus que le stress.

Il peut s'exprimer sous des formes symptomatiques multiples (douleur, stress, agitation, colère, dissociation, rumination, délire aigu, désespoir...).

Elles peuvent être considérées comme l'équivalent de tentatives de solution que l'organisme met en œuvre pour tenter de se maintenir en vie.

Cet instant t peut être unique ou répété.

V.3 Les capacités de survie : l'évitement, la lutte contre, la dissociation

Quand j'agis par la pensée, je n'agis pas sur un environnement. Par exemple, si on me bat et que je

pense à pourquoi l'autre le fait, je reste dans cette position. Si je ne pense à rien (enfants «débiles»), je ne pense pas pour éviter de souffrir. Le problème est que l'acte ne se pose pas là où il devrait se poser, il est inopérant. Le mental tourne là où un acte devrait se poser dans l'environnement. La névrose, c'est ne pas agir, l'intrapsychique est une solution inopérante dans ce cas : on prend l'arrivée pour le point de départ d'un point de vue théorique. Il faut amener la personne à se remettre en mouvement là où c'est figé.

Les tentatives de solution répondent à 3 thématiques : l'évitement, la lutte contre et la dissociation.

Quand il existe une situation de danger, le problème c'est l'acte.

Comme telles, ces réponses sont des réponses adaptatives. Mais ces réponses adaptatives immédiates peuvent devenir dysfonctionnelles dans le temps:

- quand j'évite, j'évite pour contrôler. Le problème est lorsque ça ne marche pas.
Ex: on devient aveugle
- quand je lutte contre, c'est pour éviter
Ex: par focalisation, on voit des agresseurs partout
- la dissociation, qui peut devenir pathologique : une partie évite pour maîtriser pendant qu'une partie maîtrise pour éviter, les deux à des niveaux différents. Il n'y a pas plus aveugle que celui qui ne veut pas voir. On est dans la position « je sais et je ne veux pas le savoir »
L'anesthésie corporelle s'accompagne d'hypermentalisation.

La dissociation est un processus physiologique de survie.

Ex : une femme victime de viol se dissocie souvent dans l'instant : son corps se laisse faire, son esprit part ailleurs. La réponse « faire le mort » est très adaptée, probablement la meilleure pour rester en vie. Tous les prédateurs savent que faire le mort baisse l'excitation. Se rebeller excite l'agresseur; pour pouvoir utiliser cette stratégie, il faut être sûr de pouvoir réussir.

Le problème est de rester figée à distance dans le vécu dissociatif. À distance, la la femme peut se dire qu'elle aurait dû se défendre, qu'elle était consentante, surtout si l'environnement lui dit qu'elle ne s'est pas défendue. Lui signaler que cette manière de faire était sans doute la meilleure.

V.4 Thérapie et vécu de détresse

La thérapie va consister à **travailler sur ce vécu de détresse.**

1) Dans un premier temps, **le thérapeute va acter ce vécu de détresse:** « *Oui, ce que tu as vécu a été source de souffrance et de détresse* ». **Les faits ne nous intéressent pas, c'est le vécu qui nous intéresse, sauf s'il est nécessaire de prendre des mesures conservatoires d'urgence** (signalement, traitements psychotropes, hospitalisation...). La thérapie ne peut vraiment commencer que dans un contexte de sécurité. Auparavant, il faut faire du lieu de la thérapie un espace sûr, dans lequel le travail consiste à mettre la personne en capacité de décider ses mesures de protection, en être actrice: « *Comment allez-vous faire pour être en sécurité ?* »

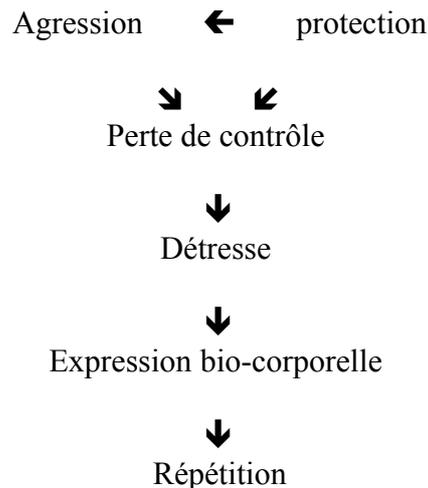
2) Dans un deuxième temps, **le thérapeute va engager avec le patient un processus de dévictimation.** *Il y a hier (validation du vécu de détresse), aujourd'hui, le temps de la thérapie, orientée vers l'avenir: « et maintenant, avec ce que l'on a fait de toi, que vas-tu faire de toi, dans ta relation à toi, à l'autre et au monde ? Restes-tu dans le monde où tu continues à souffrir ou peux-tu t'ouvrir sur d'autres alternatives, choisis-tu de continuer ou t'aide-t-on à te mettre debout en étant acteur? ».*

L'alliance thérapeutique est un temps fondamental. En effet, comment quelqu'un qui n'a plus confiance dans les autres peut-il entrer dans une relation thérapeutique ? Comment l'amener à entrer dans une relation thérapeutique alors qu'il a une histoire traumatique ? Il est légitime que quelqu'un qui a des vécus traumatiques teste le thérapeute, cela permet de gagner des années de thérapie sinon

on construit sur du sable. Entrer dans une technique tant que quelque chose de sécurisé n'a pas été construit, c'est prendre des risques inconsidérés avec quelqu'un qui a un vécu psychotraumatique. Le premier danger, c'est que le thérapeute se fasse bouffer, or il a besoin de toutes ses ressources. Une technique efficace est de fermer les yeux et de rester en transe quand quelqu'un vous raconte son vécu traumatique, c'est une manière de lui signifier « c'est OK pour moi, à toi de choisir de continuer ou pas ».

Éric Bardot propose une mobilisation systématique du psychotrauma, avec un protocole dynamique de tissage des ressources.

Contexte de l'environnement



V.5 Clinique du trauma et clinique du chronique. Les thérapies

Il existe deux types de clinique: **Clinique du trauma** ≠ **Clinique du chronique**

⇒ **les thérapies seront donc différentes**

L'intérêt, c'est le lien entre la détresse et les symptômes.

1) On travaille sur le symptôme seulement dans une situation aiguë. Il s'agit d'amener la personne à quitter la situation traumatique.

- **Raconter pour la première fois à quelqu'un, cela permet à la personne de faire des différences. Cela la remet en position d'acteur.**
- L'intervention se fait sur le lien, qu'on va activer afin de remettre la personne en position sécurisée

2) En situation chronique, le problème se situe dans le rapport entre la personne et ce qu'elle est en train de vivre.

- Il y a eu un **travail de réinterprétation entre les faits et le vécu de la personne**. Cette tentative de remettre de la cohérence et du sens, lorsqu'elle mène à des symptômes, réifie le problème.
- Parler sur le trauma, lorsqu'il y a une inscription dans le temps de la souffrance, ne soigne pas le trauma.

Face à la double effraction évoquée plus haut, celle relative à l'acte et celle relative à la relation humaine, l'erreur majeure est de mélanger les deux : le traitement de l'acte n'est pas le traitement de la relation humaine.

La question de la protection est celle du traitement de la relation humaine. C'est la question du tiers qui n'est pas en position d'autorité au moment de l'agression. A-t-il une fonction de validation de l'agression, de disqualification de la protection, d'indifférence ?

Par exemple, le pire, c'est quand une mère dit à sa fille victime d'inceste « c'est de ta faute », cela verrouille le psychotrauma.

Ou encore, la disqualification de la résilience d'une femme de 35 ans, violée jadis, qui vient pour la première fois de raconter son histoire à une amie en qui elle a eu confiance ; or celle-ci lui a fait savoir qu'elle devait aller consulter, lui renvoyant qu'elle devait forcément présenter des troubles. Si le thérapeute s'engage dans cette voie du traumatisme lui aussi, il le réifie : le problème porte en effet sur le besoin de reconnaissance par son amie, le sentiment de trahison, la perte de confiance, et se situe dans l'actuel, non dans le passé. Son ami lui a envoyé un message de disqualification.

On pense aussi aux paroles traumatisantes des associations, des journalistes.

➤ Demandez à la première consultation **pourquoi cela arrive maintenant et pas avant.** L'utilisation de l'histoire passée et une tentative de justification, afin de donner du sens à quelque chose qui pour la personne n'en a pas.

➤ **La personne arrive avec les messages qui lui ont été véhiculés,** c'est le message dont il s'agit de s'occuper. Ne pas oublier que le plus important est parfois plus l'impact des personnes de l'entourage par rapport à l'histoire que l'histoire elle-même, ne pas se tromper de piste !

➤ Ne pas oublier de demander à quelqu'un qui raconte un vécu traumatique si c'est la première fois qu'il le raconte à quelqu'un, s'il a déjà eu un thérapeute, est-ce qu'il lui a déjà raconté.

Quand le récit est long, demander au bout de trois à cinq minutes : « quand vous êtes en train de me dire ce que vous êtes en train de me dire, quel effet ça a sur vous, ça vous perturbe ou ça vous apaise ? » Si cela apaise, on continue, sinon : « est-ce que vous préférez continuer à raconter même si ça vous fait mal ou est-ce que vous préférez qu'on fasse quelque chose qui puisse vous être utile ? » Même attitude si quelqu'un raconte en montrant que ça le perturbe. En effet, si raconter n'a pas un effet d'apaisement, ça valide le processus problématique.

➤ Pour une personne abusée sexuellement, toujours demander à la première consultation « quelle est la première chose que vous avez faite et qui aurait dû montrer à l'agresseur que vous n'étiez pas d'accord » avec ce qui était en train de se passer, et on amplifie cette action, afin que la personne puisse se dire qu'elle a fait quelque chose. Il s'agit d'un message de reconnaissance: on remet ainsi la personne d'emblée en position d'acteur, même dans un vécu d'impuissance à l'époque. Quand le processus est calé, la personne peut se réapproprier quelque chose. « Si je peux fermer la porte, je peux la rouvrir : la défense devient une force ».

V.6 Distinguer vécu traumatique et peurs anticipatoires

Un autre paramètre tout à fait important est à prendre en compte : **le paramètre temporel.**

Lorsqu'un patient nous raconte son histoire: est-ce qu'il la projette en arrière comme s'il part dans une **régression en âge** et se retrouve dans son expérience passée ou bien la perçoit-elle devant lui; auquel cas il ne s'agit plus de vécu traumatique mais de **peurs anticipatoires**, ce qui demande à utiliser une autre technique, accompagnée des mouvements alternatifs.

Un moyen de différencier les deux est de demander : « quand vous avez ces images perturbantes, est-ce que vous avez le sentiment de repartir en arrière (flash-back) ou de les projeter dans le futur (image obsédante)? » Le risque est de partir sur l'histoire traumatique alors que très souvent on est sur les peurs anticipatoires c'est-à-dire la peur du virtuel. Si on traite du virtuel comme du réel, on reconfusionne les gens.

Un blocage correspond à une hypnotisation, un flash-back à une focalisation sur l'environnement. Les vécus traumatiques sont donc de l'hypnose négative.

Attention à ne pas traiter les symptômes si la personne n'a rien à mettre à leur place : par exemple,

on peut recadrer une conduite d'automutilation chez une adolescente comme une tentative pour tenir debout et demander « et si vous aviez d'autres alternatives ? », car dans son contexte c'est comme tenir la tête hors de l'eau. Ce qui est mis en jeu est moins pire que l'immersion dans son vécu de détresse. Ce recadrage permet à la personne de se sentir comprise et moins seule dans son vécu.

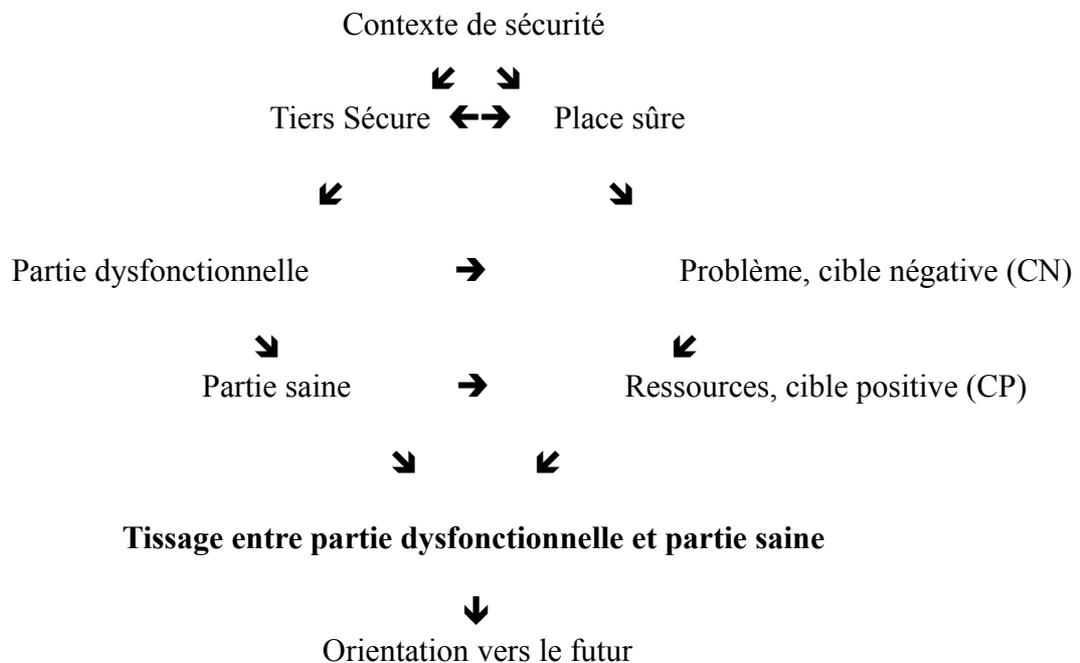
De manière générale, **chez les victimes de violence par le passé, le pire des dangers dans la vie actuelle est souvent la sécurité. L'intensité du trop bien réactive le vécu d'envahissement.** « Si je lâche et que je fais confiance à cette relation intime, est-ce que cet homme ne va pas en profiter pour me violenter ? » : on se retrouve dans une boucle infernale où le problème est une angoisse anticipatoire réactivant un vécu traumatique, et non le vécu traumatique en lui-même. Un trop bon lien peut perturber par exemple s'il est subi passivement.

Dans la même lignée, quand un souvenir est évoqué, il a à voir avec le présent, c'est une manière de modéliser la situation présente. Le souvenir fonctionne souvent comme un système d'alarme

Ex: quand une femme abusée s'installe en couple, la thématique de la confiance se pose, on a souvent des scénarios par rapport à des peurs anticipatoires : le passé sert pour traiter le futur

➤ Le thérapeute ne doit pas valider l'idée que le problème est dans le passé

V.7 Méta-modèle de l'HTSMA



Les solutions se traduisent par une autre posture, une autre vision du monde, une autre histoire, à savoir d'autres modes relationnels. On passe par exemple de « je suis un problème » à « j'ai un problème qui s'inscrit dans une dynamique relationnelle. C'est l'action qui porte le plus la dynamique relationnelle, il faut que la personne habite le geste (cf. Le livre de François Roustang "Il suffit d'un geste")

V.8 Différences entre EMDR et HTSMA

Les deux sont issus du courant de Palo Alto. Francine Shapiro s'est formée à la PNL, à l'hypnose éricksonnienne, à la méthode Simonton, puis elle a rencontré le courant des TCC.

Selon Éric Bardot formé en hypnose, en thérapies narratives, un des premiers formés en France en EMDR en 1997, puis formateur, Francine Shapiro a choisi dans l'EMDR l'instrumental (TCC) plutôt que le relationnel. L'EMDR travaille selon lui sur un protocole orienté problème, une représentation

du problème centrée sur le passé, lieu des causes, très orienté sur la sphère cognitive. Le travail consiste à désensibiliser l'émotion liée aux représentations et cognitions intrusives, puis à mettre en place une cognition positive, source de changement. La réassociation se fait en utilisant les mouvements oculaires essentiellement.

L'HTSMA fait appel aux mouvements oculaires, aux mouvements alternatifs, mais pour Éric Bardot la technique doit être au service du processus relationnel. Les processus utilisés sont des processus hypnotiques.

Toujours selon lui, dans l'EMDR on concentre tout sur les inductions verbales, or les inductions non verbales (voix, toucher, regard, posture) vont plus vite, car elles touchent l'enveloppe relationnelle et l'attention à l'autre.

Par ailleurs, il pense que travailler en partant du souvenir du trauma entraîne une régression en âge sur le vécu traumatique, ce qui mène à l'abréaction, à la catharsis, précisément ce qu'il ne faut pas faire car il existe un risque de rupture relationnelle qui peut renforcer la personne dans l'idée que personne ne peut l'aider. En HTSMA, le travail se fait dans une transe du présent, la régression en âge est utilisée pour travailler sur la place sûre et aller chercher les ressources, cela peut donc être une thérapie en soi quelque soit le problème.

C'est ainsi qu'en fonction des problématiques relationnelles, les stratégies, les techniques, les outils utilisés vont s'adapter à chaque patient en fonction de sa manière d'aborder ses difficultés, et également de ses attentes quant à l'issue de la thérapie.