

# **La psychothérapie sensorimotrice : une méthode de traitement des souvenirs traumatiques**

Pat Ogden, Ph.D. & Kekuni Minton, Ph. D.

*Sensorimotor Psychotherapy Institute and Naropa University  
Boulder, Colorado*

Sensorimotor Psychotherapy: One Method for Processing Traumatic Memory.  
*Traumatology*, Volume VI, Edition 3, Article 3 (Octobre 2000)

## Résumé :

*La psychothérapie traditionnelle aborde les éléments cognitifs et émotionnels du traumatisme, mais il lui manque des techniques pour travailler directement avec les éléments physiologiques de ce dernier, alors que le traumatisme affecte profondément le corps et que de nombreux symptômes, chez les individus traumatisés, ont une base somatique. On s'est également aperçu que des altérations des relations entre les niveaux cognitifs, émotionnels et sensorimoteurs corporels) du traitement de l'information sont impliquées dans les symptômes traumatiques. La psychothérapie sensorimotrice est une méthode qui intègre le traitement sensorimoteur et le traitement cognitif et émotionnel dans le traitement des traumatismes. On montrera ici que les réactions somatiques qui ont été suscitées au cours du traumatisme et qui ne sont pas assimilées contribuent à l'apparition de nombreux symptômes d'ESPT, et qu'elles constituent des éléments essentiels du travail en psychothérapie sensorimotrice. En se servant du corps (plutôt que des cognitions ou des émotions) comme principal point d'entrée dans le traitement du traumatisme, la psychothérapie sensorimotrice traite directement les effets corporels du traumatisme, ce qui, en retour, facilite le traitement aux niveaux émotionnel et cognitif. Cette méthode est particulièrement avantageuse pour les cliniciens qui travaillent avec des états dissociatifs, une hyperréactivité émotionnelle ou des affects plats, des états de sidération ou d'hyperexcitation, et d'autres symptômes d'ESPT. Dans cet article, nous exposons la psychothérapie sensorimotrice, en mettant en relief les techniques sensorimotrices de traitement qui peuvent être intégrés aux approches traditionnelles de ces symptômes. Comme la capacité du théra-*

*peute à réguler interactivement les états dérégulés des clients, ainsi qu'à cultiver chez les clients la conscience de leurs sensations corporelles internes, est essentielle dans notre approche, nous exposons trois séances qui illustrent l'application clinique de la méthode.*

La psychothérapie sensorimotrice est une méthode qui vise à faciliter le traitement des réactions sensorimotrices aux traumatismes qui n'ont pas été assimilées, et à résoudre les effets destructeurs de ces réactions sur le vécu cognitif et émotionnel du sujet. Ces réactions sensorimotrices consistent en *patterns* séquentiels à la fois physiques et sensoriels, comprenant une excitation du système nerveux autonome et des réactions d'orientation/défense qui cherchent à se résoudre en un état corporel de repos et de satisfaction. Au cours d'un événement traumatisant, cette résolution satisfaisante des réactions pourrait être obtenue par un affrontement victorieux ou une fuite réussie. Cependant, pour la majorité des clients traumatisés, ce n'est pas ce qui se passe. Les individus traumatisés sont assaillis par le retour de réactions sensorimotrices dissociées, incomplètes ou inefficaces, sous la forme d'images intrusives, de sons, d'odeurs, de sensations corporelles, de douleurs physiques, d'impressions de constriction, d'engourdissement, et d'une incapacité à moduler l'excitation.

Ces réactions sensorimotrices non résolues conditionnent le traitement aux niveaux émotionnel et cognitif de la personne, handicapant souvent sa capacité à réfléchir clairement ou à recueillir des informations précises à partir de ses propres états émotionnels (Van der Kolk, 1996). À l'inverse, les croyances cognitives et les états émotionnels conditionnent le traitement au niveau corporel. Par exemple, une croyance comme "je suis impuissant" peut interrompre les processus sensorimoteurs de défense physique active ; une émotion comme la peur peut provoquer une escalade de processus sensorimoteurs comme l'excitation. La plupart des approches psychothérapeutiques privilégient le traitement aux niveaux émotionnel et cognitif par rapport au traitement corporel, et il a été montré que ces approches peuvent considérablement soulager les symptômes traumatiques. Cependant, dans la mesure où les symptômes somatiques sont importants dans la traumatisation (McFarlane, 1996, page 172), l'efficacité du traitement du traumatisme peut être accrue par l'ajout d'interventions qui facilitent son traitement au niveau sensorimoteur. Nous avançons l'idée que les interventions de traitement au niveau sensorimoteur peuvent aider à réguler et à faciliter le traitement aux niveaux émotionnel et cognitif des traumatismes, et nous estimons que la confrontation avec les difficultés somatiques en abordant

directement le traitement au niveau sensorimoteur peut être utile pour la restauration du mode de fonctionnement normal des victimes de traumatisme, quelle que soit la nature de ce dernier. Cependant, nous disons aussi que le traitement au niveau sensorimoteur seul n'est pas suffisant ; l'intégration des trois niveaux du traitement - sensorimoteur, émotionnel et cognitif - est essentielle pour la guérison du client.

Dans cet article, nous exposerons la psychothérapie sensorimotrice, méthode globale qui se sert du corps comme point d'entrée dans le traitement du traumatisme, mais qui intègre également le traitement cognitif et émotionnel de ce dernier. Nous mettrons en relief le traitement au niveau sensorimoteur, qui comprend le *pistage* en pleine conscience (le suivi détaillé) des sensations et des mouvements physiques séquentiels associés avec les réactions sensorimotrices non assimilées : impulsions motrices, tension musculaire, tremblements et divers autres micro-mouvements, et des changements dans la posture, la respiration et le rythme cardiaque. Ces sensations corporelles sont similaires à ce que Gendlin (1978) nommait "impression ressentie", en ce sens qu'il s'agit de sensations physiques, mais, alors que l'impression ressentie inclut des composantes émotionnelles et cognitives, les sensations auxquelles nous nous référons sont purement physiques. Nous enseignons aux clients à distinguer leurs sensations physiques et leurs émotions d'origine traumatique, en cultivant la conscience de leurs sensations pendant que celles-ci varient en texture, en qualité et en intensité, jusqu'à ce que les sensations elles-mêmes se soient stabilisées, et que les clients soient capables de vivre ces sensations comme distinctes de leurs émotions.

Le traitement au niveau sensorimoteur est similaire au "*Somatic Experiencing*" de Peter Levine (1997) au niveau du *pistage* de la sensation physique, mais son objectif est différent. Pour Levine, ce *pistage* est un but en soi ; son approche n'inclut pas spécifiquement des repères thérapeutiques pour aborder le traitement cognitif ou émotionnel. À l'instar du "*Somatic Experiencing*", la psychothérapie sensorimotrice favorise le traitement au niveau sensorimoteur quand il est nécessaire à la régulation des réactions sensorimotrices, ce qui est souvent le cas dans les chocs et les traumatismes non relationnels, mais il est utilisé, le plus souvent, comme prélude au traitement global aux trois niveaux, cognitif, émotionnel et sensorimoteur. Par exemple, chez un client traumatisé, le traitement de l'information, au niveau affectif et cognitif, peut être "mené" par une excitation dysrégulée sous-jacente, ce qui provoque une escalade des émotions

et des remâchages sans fin au niveau de la pensée. Quand le client apprend à réguler lui-même son excitation à travers le traitement au niveau sensorimoteur, il peut parvenir à distinguer plus précisément les réactions cognitives et affectives qui sont simplement symptomatiques de cette excitation dysrégulée, des contenus cognitifs et émotionnels qui sont, eux, de véritables difficultés et qu'il devra élaborer. Au fil de ce processus, l'approche sensorimotrice pourra s'éloigner du seul traitement au niveau sensorimoteur pour inclure les traitements cognitif et émotionnel, et pour aborder aussi des dynamiques relationnelles et transférentielles. En psychothérapie sensorimotrice, l'usage de l'interaction thérapeutique pour élaborer les difficultés relationnelles et encourager l'autorégulation est très efficace dans la résolution des traumatismes relationnels. En ce sens, la psychothérapie sensorimotrice se prête au traitement des traumatismes relationnels aussi bien qu'à celui des chocs et des traumatismes non relationnels.

Avant d'exposer la psychothérapie sensorimotrice plus complètement, nous aborderons d'abord la question de la façon dont l'expérience est traitée au niveau cognitif, émotionnel et sensorimoteur, et des effets des réactions sensorimotrices non résolues à tous les niveaux du traitement de l'information. La notion développée par Ken Wilber (1996) de *traitement hiérarchique de l'information* décrit la hiérarchie évolutionnaire et fonctionnelle au sein de ces trois niveaux d'organisation de l'expérience (cognitif, émotionnel et sensorimoteur) ; cette hiérarchie reflète le développement évolutionnaire du cerveau humain.

Fonctionnellement, les trois niveaux de traitement de l'information sont mutuellement dépendants et entrecroisés (Damasio, 1999 ; LeDoux, 1996 ; Schore, 1994) ; nous pensons qu'il est important que le thérapeute observe le traitement de l'information de son client à chacun de ces trois niveaux, liés mais distincts, de l'expérience, qu'il différencie quel niveau de traitement peut le mieux favoriser l'intégration de l'expérience traumatique à tel ou tel moment de la thérapie, et qu'il applique des techniques spécifiques facilitant le traitement à ce niveau particulier. En dernière analyse, cette approche favorise un traitement "holistique", où les trois niveaux opèrent en synergie.

La hiérarchie des niveaux de traitement de l'information (sensorimoteur, émotionnel et cognitif) est globalement en corrélation avec les trois niveaux de l'architecture du cerveau décrite par MacLean (1985) : le niveau sensorimoteur de traitement de l'information (comprenant la sensa-

tion et les impulsions motrices programmées) est d'abord amorcé par les parties inférieures et arrières du cerveau, le traitement au niveau émotionnel par les parties limbiques, de niveau intermédiaire, du cerveau, et le traitement cognitif par les parties supérieures du cerveau, le cortex frontal. Ces trois niveaux sont en interaction et s'affectent mutuellement. Ils fonctionnent comme un ensemble cohérent, et le degré d'intégration de chaque niveau de traitement affecte l'efficacité des autres niveaux, comme le décrivent Fisher et Murray (1991) :

"Le cerveau fonctionne comme un tout intégré, mais il est constitué de systèmes organisés hiérarchiquement. Les fonctions intégratives de "niveau supérieur" ont évolué à partir des structures de niveau "inférieur" et du vécu sensorimoteur, et elles dépendent de leur intégrité. On considère que les centres supérieurs (corticaux) du cerveau s'occupent de l'abstraction, de la perception, du raisonnement, du langage et de l'apprentissage. L'intégration sensorielle, et les associations intersensorielles, en revanche, ont lieu principalement dans les centres de niveau inférieur (sous-corticaux). Il est probable que les parties inférieures du cerveau se sont développées et ont mûri avant les structures de niveau supérieur, et que le développement et le fonctionnement optimal des structures de niveau supérieur dépendent en partie du développement et du fonctionnement optimal des structures de niveau inférieur." (p. 16)

De bien des façons, le traitement au niveau sensorimoteur constitue le fondement des autres ; c'est une forme de traitement des informations plus simple, plus primitif, que ses contreparties plus évoluées. Siégeant dans les structures cérébrales inférieures, les plus anciennes, la façon de travailler du traitement sensorimoteur s'appuie sur un nombre relativement plus grand de séquences fixes d'étapes successives. Certaines de ces séquences fixes sont bien connues, par exemple le réflexe de sursaut et les réactions de fuite, de combat ou de sidération. Les séquences les plus simples sont les réflexes involontaires (par exemple, la réaction de tremblement des genoux) qui sont les plus fixes et les plus déterminés. Plus complexes sont les *patterns* moteurs qu'on apprend dans son enfance et qui deviennent ensuite automatiques, comme la marche et la course. Dans les domaines émotionnels et cognitifs plus évolués, nous trouvons de moins en moins de séquences fixes de traitement, et davantage de complexité, de variabilité dans la réponse. Ainsi, le traitement au niveau sensorimoteur est plus directement lié au traitement corporel général : ce sont les *patterns* d'action fixes qu'on voit dans la défense active, dans les changements au niveau de la respiration et de la tonicité musculaire, dans l'acti-

vation du système nerveux autonome, etc.

La nature de cette hiérarchie est telle que les niveaux supérieurs de traitement influencent et dirigent souvent les niveaux inférieurs. Nous pouvons décider (fonctions cognitives) d'ignorer la sensation de faim et de ne pas y réagir, même pendant que se poursuivent les processus physiologiques associés à la faim, comme la sécrétion de salive et la contraction des muscles de l'estomac. C'est ce qu'on appelle en théorie cognitive le "traitement de haut en bas" (LeDoux, 1996, p. 272), ce qui signifie que le niveau supérieur (cognitif) de traitement peut remplacer, diriger ou interrompre les niveaux inférieurs (et le fait souvent), en travaillant sur la base du traitement aux niveaux émotionnel et sensorimoteur, ou en modifiant celui-ci.

L'activité des adultes est souvent construite sur le traitement de haut en bas. Schore (1994) fait remarquer que, chez les adultes, les "aires corticales supérieures" se comportent comme un "centre de contrôle", et que le cortex orbital domine hiérarchiquement l'activité limbique sous-corticale (p. 139). La personne va réfléchir par exemple à ce qu'elle veut faire dans sa journée, dresser des plans, puis structurer son temps pour atteindre des objectifs particuliers. Pendant la réalisation de ses plans, elle peut négliger des sensations de fatigue, de faim ou d'inconfort physique. C'est comme si nous étions au-dessus de notre expérience corporelle et sensorielle, en sachant qu'elle est là, mais en ne lui permettant pas d'être le déterminant principal de nos actions.

En revanche, les activités des très jeunes enfants sont souvent dominées par les systèmes sensorimoteur (Piaget, 1952) et émotionnel (Schore, 1994), c'est-à-dire, en d'autres termes, par des processus de bas en haut. Les sensations tactiles et kinesthésiques guident le comportement précoce d'attachement ; elles aident également à réguler le comportement et la physiologie du bébé (Schore, à paraître). Les bébés et les très jeunes enfants explorent le monde à travers ces systèmes, construisant les réseaux neuraux qui sont la fondation du développement cognitif ultérieur (Piaget, 1952 ; Hannaford, 1995). Équipés pour être gouvernés par leurs états corporels et émotionnels, les bébés réagissent automatiquement aux signaux sensorimoteur et affectifs, et sont dérégulés par le contrôle cognitif ou cortical (Schore, 1994). Le bébé est "une créature sous-corticale... [qui] n'a pas les moyens de modulation du comportement qui sont rendus possibles par le développement du contrôle cortical" (Diamond, Balvin &

Diamond, 1963, p. 305). De façon analogue, les personnes traumatisées ont souvent l'impression d'être à la merci de leurs sensations, de leurs réactions physiques et de leurs émotions, et d'avoir perdu la capacité de réguler ces fonctions.

Pour nous résumer, les traitements de bas en haut et de haut en bas représente deux directions générales du traitement de l'information. Le traitement de haut en bas est amorcé par le cortex, et il implique souvent la cognition. Ce niveau supérieur observe, contrôle, régule et dirige souvent les niveaux inférieurs ; en même temps, l'efficacité de son fonctionnement dépend en partie de l'efficacité du fonctionnement des niveaux inférieurs. Le traitement de bas en haut, quant à lui, est amorcé dans les domaines sensorimoteur et émotionnel. Ces niveaux inférieurs de traitement sont plus primitifs, en termes d'évolution, de développement et de fonctionnement : ces capacités se trouvent dans les espèces inférieures et sont déjà présents dans les premières étapes de la vie humaine. Elles précèdent la pensée et constituent un fondement des modes de traitement plus élevés.

L'interaction entre les traitements de haut en bas et de bas en haut a des implications importantes sur l'apparition et le traitement des traumatismes. Traditionnellement, la psychothérapie a exploité des techniques de haut en bas pour gérer les perturbations provoquées par les processus de bas en haut, à travers la sublimation volontaire et consciente des traitements sensorimoteur et émotionnel de l'information ; on atteint ce résultat par l'activité, la décharge comportementale, la prise en main cognitive ou les diversions. Quand le vécu sensorimoteur perturbe ou bouleverse la personne, une régulation consciente de haut en bas peut lui permettre de se calmer en modulant le degré d'excitation ou de désorganisation dans le système, comme on le voit dans l'exemple suivant :

"Marine... avait une difficulté, et elle avait trouvé un début de moyen de la contrôler. Quand elle commençait à avoir une hallucination, elle essayait de se représenter sa bibliothèque à la maison. Elle regardait les étagères imaginaires et commençait à compter les livres, en se concentrant de son mieux sur chacun d'eux tout en les comptant. Son hallucination disparaissait rapidement : elle imposait un contrôle de haut en bas qui étouffait le signal hallucinatoire de bas en haut. Elle enclenchait délibérément son cortex pour qu'il noie son cerveau inférieur, ce qui l'extrayait de son épisode hallucinatoire, tout comme la cognition nous sort d'un rêve." (Hobson, 1994, p. 174)

Si la technique ci-dessus est une façon efficace de gérer les hallucinations et de beaucoup soulager la personne, et qu'elle peut donc être un premier pas important dans la thérapie, elle ne peut pas aborder le problème dans son ensemble. Elle mobilise la cognition, mais elle ignore les processus sensorimoteurs. Ce traitement de haut en bas, seul, peut gérer les réactions sensorimotrices, mais ne peut pas se charger de leur assimilation complète. Par exemple, un client peut apprendre à réduire son excitation en se convainquant qu'il est en sécurité aujourd'hui, mais la tendance sous-jacente de son excitation à monter jusqu'à des niveaux ingérables peut n'avoir pas été complètement résolue. Le vécu et l'excitation traumatiques des niveaux sensorimoteur et émotionnel peuvent être redirigés par la gestion de haut en bas, mais le traitement, la digestion et l'assimilation des réactions sensorimotrices dues au trauma n'ont pas forcément eu lieu.

Tout comme un client qui vient en thérapie pour un deuil non résolu doit identifier et vivre ce deuil (traitement au niveau émotionnel), un client qui présente des réactions sensorimotrices doit identifier et expérimenter *physiquement* ces réactions (traitement au niveau sensorimoteur). De plus, l'attention que porte le client à ses réactions sensorimotrices, le traitement de celles-ci au niveau sensorimoteur, vont exercer une influence positive sur le traitement aux niveaux émotionnel et cognitif, puisque, comme nous l'avons vu, le bon fonctionnement des niveaux supérieurs dépend en partie du fonctionnement des niveaux inférieurs. Le traitement au niveau sensorimoteur est souvent le précurseur du traitement holistique, c'est-à-dire le fonctionnement en synergie des niveaux de traitement cognitif, émotionnel et sensorimoteur.

En psychothérapie sensorimotrice, on se sert de la direction du haut vers le bas pour *favoriser* plutôt que pour *gérer* le traitement au niveau sensorimoteur. On demande au client de *pister* en pleine conscience (processus cognitif, du haut vers le bas) la séquence des sensations et des impulsions physiques (processus sensorimoteur) qui progressent à travers le corps, et de négliger temporairement les émotions et les pensées qui lui viennent, jusqu'à ce que les sensations et les impulsions corporelles se résolvent en un point de repos et de stabilisation dans le corps. Le client apprend à observer et à suivre les réactions sensorimotrices non assimilées (en premier lieu, les réactions d'excitation et les réactions de défense) qui avaient été activées au moment du traumatisme. Le traitement de bas en haut, à lui tout seul, ne résout pas le traumatisme ; mais si on guide le client vers l'usage de la fonction cognitive de *pistage* et d'expression de son expérience sensorimotrice, tout en l'aidant à inhiber volontairement sa conscience des émotions,



des contenus, et de la pensée interprétative, l'expérience sensorimotrice peut être assimilée. De plus, il est essentiel d'engager une guidance cognitive, pour aider les clients à apprendre l'auto-régulation.

Pour utiliser cette orientation cognitive du haut vers le bas, il faut impérativement une relation thérapeutique d'un genre particulier. Comme dans une interaction entre une mère et son bébé, le thérapeute doit servir de "cortex auxiliaire" à ses clients (Diamond & coll., 1963), en observant et en exprimant leur vécu sensorimoteur jusqu'à ce qu'ils soient en mesure de remarquer, de décrire et de *pister* ces vécus eux-mêmes. Cette communication relationnelle est un processus de "régulation psychobiologique interactive", qui ressemble à l'accordage et à l'interaction d'une mère avec les états physiologiques et émotionnels de son bébé (Schoore, 1994). Shore écrit que le thérapeute doit agir comme "un régulateur d'affect des états dysrégulés du patient, pour offrir aux structures immatures de régulation des affects de celui-ci un environnement leur permettant de grandir" (Schoore, 2001b, p. 17).

Définissant l'autorégulation, Schoore, dans le même article, différencie ses formes interactive et non-interactive ; il décrit l'autorégulation à la fois comme "une régulation interactive dans des contextes interconnectés à travers la psychologie de deux personnes", et comme "une autorégulation dans des contextes d'autonomie, à travers la psychologie d'une seule personne" (p. 13-14). Quand l'autorégulation est complètement développée, les clients, pour s'autoréguler, peuvent observer, exprimer et enfin intégrer tout seuls leurs réactions sensorimotrices, tout comme ils sont capables d'utiliser leurs relations. Sans ce que Schoore appelle "la capacité adaptée de passer de l'un à l'autre de ces deux modes régulatoires " (id., p. 14), les réactions sensorimotrices d'excitation et les réactions de défense tendent à devenir soit hyperactives, soit hypoactives, comme nous le verrons dans la prochaine section, et laissent les personnes traumatisées à la merci de leur corps.

### **Réactions physiques de défense**

Le danger éveille des réactions à la fois physiques et psychologiques, qui ont pour rôle d'évaluer et de réduire le stress, et de maximiser les chances de survie (Nijenhuis & Van der Hart, 1999). Pour les besoins de cet article, nous allons nous focaliser sur les défenses physiques, plutôt que sur les défenses psychologiques (projection, formation réactionnelle, déplacement, rationalisa-

tion ou minimisation), tout en reconnaissant que les deux types peuvent être des réactions aux situations traumatiques. Les défenses physiques sont des exemples des *patterns* d'action relativement rigides mentionnés dans la section ci-dessus, et dont l'efficacité conditionne celle des niveaux supérieurs de traitement.

Les défenses physiques peuvent précéder les réactions cognitives émotionnelles dans les situations traumatiques aiguës. Hobson écrit :

"Le traitement de bas en haut devient prioritaire dans les moments d'urgence, lorsqu'il est avantageux de court-circuiter le cortex et d'activer un *pattern* moteur directement à partir du tronc cérébral. Quand on voit brusquement qu'une voiture va vous heurter, on fait faire immédiatement un écart à sa propre voiture ; on réagit automatiquement, et c'est seulement plus tard (quelquefois seulement une demi-seconde après) qu'on réalise le danger et qu'on a peur." (1994, p. 139)

Cependant, lors d'un trauma plus prolongé, les impulsions volontaires de défense physique qui sont médiatisées par le niveau cognitif -- comme l'idée de donner des coups ou de prendre le téléphone -- pourraient aussi entrer en jeu.

Les défenses physiques peuvent être actives ou passives (Levine, 1997 ; Nijenhuis & Van der Hart, 1999). Les défenses actives se manifestent à travers toutes sortes d'impulsions et de mouvements physiques, en fonction de la nature du danger, et elles varient en intensité d'activité. Elles comprennent le combat et la fuite et une multitude d'autres réactions possibles, comme le recours aux réflexes de redressement pour rétablir l'équilibre, le fait de s'écarter d'une branche qui tombe, de lever le bras pour éviter un coup, de s'arc-bouter sur les freins pour empêcher un accident, de se dégager de la prise d'un assaillant, etc. D'autre part, la réaction d'orientation (examen de l'environnement et adaptation à celui-ci) est augmentée et la totalité de l'attention de l'organisme est concentrée sur le danger. Les cinq sens deviennent hypersensibles pour mieux flairer, entendre, voir et goûter le danger ((Levine, 1997; Van Olst, 1972), pour mieux se préparer à d'autres évaluations et à d'autres réactions (Hobson, 1994).

Dans le règne animal, les réactions défensives actives se transforment en blocage passif lorsque les réponses actives risquent de mettre en danger la survie (Nijenhuis and Van der Hart, 1999). Pour les humains aussi, lorsque les défenses actives sont impossibles ou malvenues, elles peu-

vent être remplacées par des défenses passives comme la soumission, l'obéissance automatique, le blocage (Nijenhuis & Van der Hart, 1999). Nijenhuis et van der Hart (1999) écrivent :

"... Pour un enfant qui subit des sévices physiques ou sexuels, ou qui est spectateur de violences, il serait inévitablement frustrant et non productif d'appliquer des compétences de résolution de problèmes (tentative de fuite ou de combat, ou de posture d'assurance). Dans certaines situations, la défense motrice active peut en réalité accroître le danger et être donc moins adaptée que les solutions passives, d'ordre mental..." (p. 50)

De plus, les défenses passives peuvent être la meilleure option lorsque les défenses actives sont inefficaces, par exemple lorsqu'une victime est incapable de distancer son agresseur.

Alors que Levine (1997) affirme que l'hyperexcitation et les défenses actives précèdent la défense passive et l'immobilité, Nijenhuis (p. ex. Nijenhuis, Vanderlinden & Spinhoven, 1998) et Porges (1995, 1997) notent tous deux que les états de sidération ne sont pas toujours précédés de défenses actives ou d'excitation. Dans certains cas, comme ceux mentionnés ci-dessus, l'individu pourrait enclencher automatiquement des défenses passives sans essayer d'abord de défense active. De même, des défenses passives seules sont utilisées par le bébé, longtemps avant qu'il ait la capacité de combattre ou de fuir.

Dans la défense passive, la réaction d'orientation active ordinaire, qui comprend un usage efficace des sens, des mécanismes d'examen et des capacités d'évaluation, peut s'éteindre et devenir inefficace. La fonction cognitive de résolution de problèmes peut se trouver gravement diminuée et désorientée, ce qui peut amener une réduction générale de la cognition appelée "engourdissement psychique" (Solomon, Laror & McFarlane, 1996, p. 106), un engourdissement des sensations, et un ralentissement des réactions musculo-squelettiques (Levine, 1997). Les muscles peuvent être extrêmement tendus mais immobilisés, ou bien flasques. Les clients rapportent que, dans cet état, ils ont du mal à bouger, et peuvent même se sentir paralysés.

il est fréquent que l'exécution complète des mouvements efficaces de défense physique n'ait pas lieu pendant le traumatisme lui-même. Comme nous l'avons vu, la victime peut se figer instantanément plutôt que d'agir, le conducteur peut ne pas avoir le temps d'exécuter l'impulsion de faire faire un écart à sa voiture pour éviter l'impact, l'individu peut se trouver dominé alors qu'il essaye de frapper son assaillant. Au fil du temps, ces séquences motrices inefficaces contribuent à l'apparition de symptômes traumatiques. Herman (1992) fait observer que :

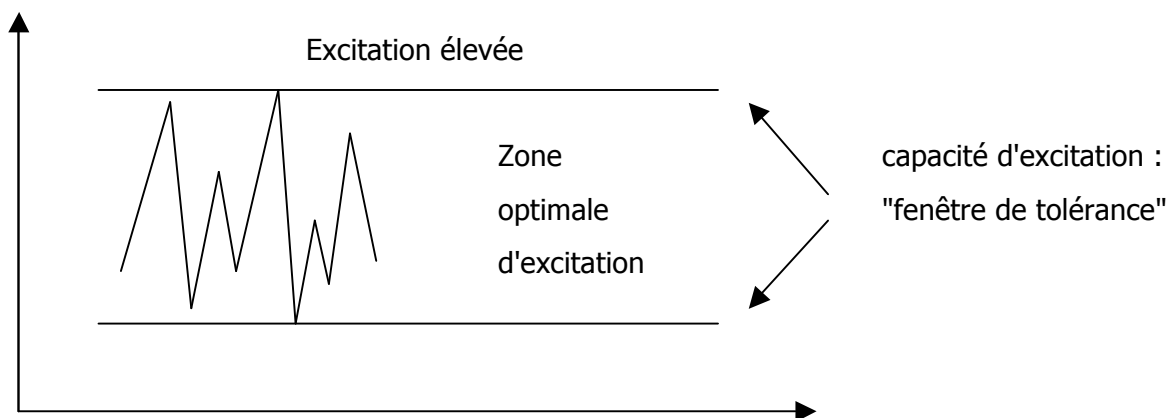
"(...) quand ni la résistance ni la fuite ne sont possibles, le système d'autodéfense se trouve débordé et désorganisé. Chaque élément de la réaction habituelle au danger, ayant perdu son utilité, tend à persister dans un état altéré et excessif, longtemps après la fin du danger réel." (p. 34)

Les personnes traumatisées peuvent montrer une propension à la défense soit hyperactive, soit passive, ou à une oscillation entre les deux. Quand les défenses deviennent hyperactives, elles se manifestent sous la forme d'une défensivité permanente, d'agressions contre soi-même ou les autres, d'hypervigilance, d'activité motrice excessive, d'accès de fureur incontrôlables, etc. Les défenses passives permanentes se manifestent sous la forme de *patterns* chroniques de soumission, d'impuissance, d'incapacité à fixer des limites, d'impressions d'incompétence, d'obéissance automatique et de répétition du rôle de victime. La personne apparaît parfois sans vie, sans expression, elle peut échouer à se défendre contre le danger ou à s'orienter vers lui, elle peut même échouer dans ses tentatives d'obtenir de l'aide.

Des mouvements physiques de défense interrompus ou inefficaces peuvent perturber la capacité générale de traitement au niveau sensorimoteur, tout comme la suppression répétée d'une émotion particulière perturbe la capacité générale de traitement des émotions. Des *patterns* de réactions sensorimotrices manquées peuvent devenir permanents, affectant négativement l'interaction normale et saine entre les traitements de haut en bas et de bas en haut, contribuant ainsi à l'apparition de symptômes traumatiques.

## Le modèle de la modulation

**Figure 1. Modèle de la modulation : zone optimale d'excitation**



## Excitation faible

Les individus traumatisés ont, de façon caractéristique, une faible tolérance à l'excitation (Van der Kolk, 1987). Les lignes supérieures et inférieures du diagramme ci-dessus indiquent les limites du degré optimal d'excitation d'un individu, que P. et J. Wilbarger (1997) appellent sa "zone optimale d'excitation". Quand l'excitation se tient à l'intérieur de cette zone, l'individu peut contenir et vivre (sans s'en dissocier) les affects, les sensations, les perceptions sensorielles et les pensées qui se produisent à l'intérieur de cette zone, et il est capable de traiter efficacement les informations. Dans cette zone, la modulation se produit spontanément et naturellement. Cette zone optimale est similaire à la "fenêtre de tolérance" de Siegel, au sein de laquelle "des intensités variables d'excitation émotionnelle peuvent être traitées sans perturber le fonctionnement du système" (1999, p. 253).

Au cours du traumatisme, l'excitation, au début, tend à monter au-delà des limites supérieures de la zone optimale, ce qui alerte la personne sur un danger possible (Van der Kolk, Van der Hart & Marmar, 1996). Dans les cas d'attaque ou de fuite vigoureuses et réussies, cette hyperexcitation est utilisée à travers l'activité physique (Levine, 1997) pour la défense de l'individu et le rétablissement de l'équilibre de l'organisme. Dans l'idéal, le niveau d'excitation retourne aux paramètres de la zone optimale ; cependant, ce retour au niveau originel ne se produit pas toujours, ce qui contribue de manière importante aux difficultés d'hyperexcitation qui sont caractéristiques chez les individus traumatisés.

En relation avec la dissipation d'énergie qui suit l'hyperexcitation, Levine (1997) écrit que les symptômes traumatiques "(...) proviennent du résidu bloqué d'énergie qui n'a pas été résolu et déchargé (...)" et que la personne exposée au traumatisme doit "décharger toute l'énergie mobilisée pour négocier ce danger, sans quoi [elle] deviendra une victime (...)" (p. 19-20). Nous sommes d'accord sur le fait que la décharge de l'énergie peut être un élément de la thérapie du traumatisme, comme l'expression d'une émotion peut l'être aussi, mais nous ne sommes pas d'accord avec le modèle de la décharge. Nous pensons que les symptômes traumatiques proviennent de réactions non assimilées aux trois niveaux du traitement des informations, et que ces réactions doivent être intégrées par le rétablissement de l'équilibre de la synergie entre le traitement de haut en bas et de bas en haut. Au lieu de "compléter la réaction de blocage" en déchargeant l'énergie (Levine, 1997, p. 111), notre intention immédiate est d'enseigner au client

à moduler ses processus sensorimoteurs, ce qui signifie parfois la stimulation de son excitation, s'il est en hypo-excitation.

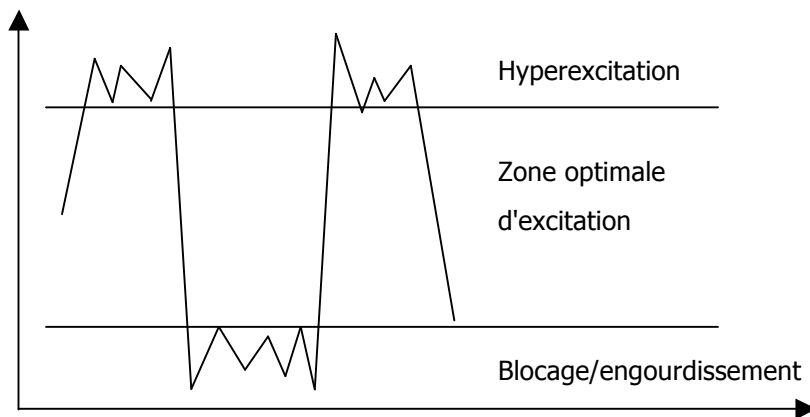
L'hyperexcitation représente "une activité excessive de la branche sympathique [qui] peut mener à une augmentation de processus consommateurs d'énergie, qui se manifestent par des accroissements du rythme cardiaque et respiratoire et par une sensation de "battement" dans la tête" (Siegel, 1999, p. 254). Sur le long terme, cette hyperexcitation peut perturber le traitement cognitif et affectif lorsque l'individu se trouve submergé et désorganisé par le rythme accéléré et l'amplitude des pensées et des émotions, qui peuvent être accompagnées de souvenirs intrusifs. Comme le disent Van der Kolk, Van der Hart *et coll.*, "cette hyperexcitation crée un cercle vicieux : la résurgence, dépendante de l'état, d'un souvenir engendre une augmentation de l'accès aux souvenirs traumatiques et provoque des intrusions involontaires du traumatisme, ce qui mène à son tour à une augmentation de l'excitation"(Van der Kolk, Van der Hart *et coll.*, 1996, p. 305), ce qui perpétue le *pattern* d'hyperexcitation. Van Der Kolk souligne qu'une excitation élevée est facilement déclenchée chez les personnes traumatisées : elles sont donc dans l'impossibilité de "(...) faire confiance à leurs sensations corporelles pour les avertir d'un danger imminent, et pour cesser de les alerter afin qu'elles puissent agir de façon adaptée" (p. 421), ce qui perturbe l'efficacité de leurs réactions défensives.

À l'autre extrémité du modèle de la modulation, "(...) l'activité excessive de la branche parasympathique augmente les processus de conservation de l'énergie, que l'on constate par des réductions du rythme cardiaque et de la respiration, et par une impression 'd'engourdissement' et de 'fermeture' dans l'esprit de la personne" (Siegel, 1999, p. 254). Cette hypoexcitation peut se manifester sous la forme d'un engourdissement, d'un émoussement des sensations corporelles internes, d'un ralentissement de la réaction musculo-squelettique, d'une réduction de la tonicité musculaire, particulièrement celle du visage (Porges, 1995). Là aussi, le traitement cognitif et émotionnel est perturbé, non pas par l'hyperexcitation comme ci-dessus, mais par l'hypoexcitation.

L'hyperexcitation et l'hypoexcitation mènent toutes deux souvent à la dissociation. Dans l'hyperexcitation, la dissociation peut se produire parce que l'intensité et le rythme accéléré des sensations et des émotions submergent le traitement cognitif à tel point que la personne ne peut pas rester présente à son vécu. Dans l'hypoexcitation, la dissociation se manifeste comme une capacité réduite à ressentir même les événements importants, une incapacité à évaluer cor-

rectement les situations de danger ou à réfléchir clairement, et un manque de motivation. Le corps, ou une partie de celui-ci, peut s'engourdir et la victime peut avoir l'impression de quitter son corps. De surcroît, on peut trouver des symptômes à long terme qui affaiblissent le sujet : "contraction des émotions, isolement social, retrait des obligations familiales, anhédonie, impressions d'étrangeté" (Van Der Kolk, 1987, p. 3), en même temps que "... de la dépression (...) et un manque de motivation, en tant que réactions psychosomatiques ou qu'états dissociatifs" (Van der Kolk, McFarlane & Van der Hart, 1996, p. 422). On le voit, ces symptômes rappellent des défenses passives, dans lesquelles la personne ne se défend pas activement contre le danger.

**Figure 2 - Le modèle de la modulation : la réaction biphasique au traumatisme**



L'individu traumatisé peut se trouver, pour l'essentiel, soit au-dessus, soit en dessous des paramètres de sa zone optimale d'excitation, ou osciller de façon incontrôlable entre ces deux états (Van der Kolk, 1987, p 2). Cette alternance biphasique entre l'hyperexcitation et l'engourdissement ou le blocage (Van der Kolk, p. 3) — les segments supérieurs et inférieurs du modèle de la modulation de la figure 2 — peut devenir pour l'individu la nouvelle norme suite au trauma.

Quand l'excitation de la personne est en dehors de la zone optimale, à l'une ou l'autre extrémité du spectre, les niveaux supérieurs de traitement sont désactivés, et le traitement holistique est remplacé par une action réflexe du bas vers le haut. Comme Siegel (1999) le fait remarquer, les états internes, en dehors de la "fenêtre de tolérance", sont "marqués soit par une rigidité excessive, soit par un caractère erratique. Ces états sont soit inflexibles, soit chaotiques, et ne sont

donc pas adaptés à l'environnement interne ou externe" (p. 255). Siegel poursuit : "Dans les états mentaux en dehors de la fenêtre de tolérance, la capacité, d'origine préfrontale [= le traitement cognitif], d'avoir une souplesse dans les réactions est temporairement inhibée. Le 'mode supérieur' de traitement intégratif [cognitif] a été remplacé par un 'mode inférieur' de réaction réflexe [sensorimoteur]" (nous ajoutons le texte entre crochets ; pp. 254-255).

Les travaux de Stephen Porges (1995, 1997), qui établissent une relation hiérarchique parmi les niveaux du système nerveux autonome, ont d'importantes implications pour la régulation des réactions d'excitation et de défense. Il conclut que l'hypoexcitation (décrite ci-dessus) est due à une branche particulière du système nerveux parasympathique, le "complexe vagal dorsal", qui a pour rôle de faire conserver l'énergie à l'organisme en abaissant drastiquement ses rythmes cardiaque et respiratoire. L'autre branche du système nerveux parasympathique, le "complexe vagal central", que Porges appelle "système d'engagement social", est pour lui le vagal "intelligent", parce qu'il régule à la fois les systèmes vagal dorsal et sympathique. Ce système "intelligent" est bien plus souple que les deux autres niveaux, plus primitifs, du système nerveux autonome, qui, s'ils ne sont pas régulés, tendent aux extrêmes de l'hyper- et de l'hypoexcitation. Ce système d'engagement social donne aux humains une immense souplesse de réactions à l'environnement (1995, 1997). Par exemple, au cours d'un échange social, interaction et la conversation peuvent rapidement passer d'un affect et d'une animation puissants à un moment, à une écoute et à une réflexion tranquilles le moment suivant. Cette branche "intelligente" du système nerveux parasympathique régule les réactions sympathiques et de "blocage" (parasympathique vagal dorsal) au traumatisme et permet aux êtres humains de moduler finement leur excitation selon les besoins de la situation. Ce mécanisme sophistiqué de "freinage" du système d'engagement social facilite la régulation de l'excitation générale ; il est proche de la notion avancée par Schore d'une "régulation psychobiologique interactive".

Quand la modulation est efficace, le système d'engagement social régule le comportement plus extrême du système nerveux autonome. Soumise au stress du traumatisme, la personne peut essayer tout d'abord d'utiliser le système d'engagement social pour effectuer cette modulation mais, si elle n'est pas efficace, l'engagement social et la régulation interactive vont tendre à se désactiver. Quand cela se produit, la capacité de la personne à se servir des relations extérieures pour se réguler est compromise ; au lieu de cela, elle retourne aux systèmes sensorimoteur et émotionnel, plus primitifs, et le fonctionnement normal de la direction cogni-



tive est réduit. Comme nous le verrons plus bas, en psychothérapie sensorimotrice, le système d'engagement social est activé lorsque l'interaction du thérapeute et du client sert efficacement à réguler et moduler l'excitation de celui-ci. Quand le thérapeute remplit ce rôle (en d'autres termes, devient un "cortex auxiliaire" pour le client), le client peut apprendre les capacités autorégulatrices sensorimotrices d'observation et de *pistage*. Cela veut dire que la capacité du thérapeute à réguler interactivement l'excitation dérégulée du client crée un environnement dans lequel le client peut commencer à aborder sa propre capacité à réguler l'excitation (Schoore, 2001b) indépendamment de l'interaction relationnelle. À travers ce processus, on aide le client à passer d'états bloqués et/ou d'une hyperexcitation à une pleine participation avec le système d'engagement social.

## **La psychothérapie sensorimotrice : notions fondamentales et exposé d'un cas**

Les notions essentielles de la psychothérapie sensorimotrice sont : 1) la régulation des états affectifs et sensorimoteurs à travers la relation thérapeutique, et 2) l'enseignement de l'autorégulation au client, par le contact, le *pistage* et l'articulation, indépendamment les uns des autres, et en pleine conscience, des processus sensorimoteurs. Nous pensons que le premier point favorise la réinstauration et le développement du système d'engagement social du client à travers la régulation interactive, cependant que le second favorise une assimilation indépendante des réactions sensorimotrices. Le premier est un prérequis du second. Comme l'observe Schoore, "la régulation interactive [par le thérapeute] de l'état du patient permet à celui-ci d'étiqueter verbalement son expérience affective [et sensorimotrice]" (nous ajoutons le texte entre crochets ; Schoore, 2001b, p. 20). C'est la régulation interactive qui fournit les conditions grâce auxquelles le client peut, en toute sécurité, contacter, décrire et finalement réguler son expérience intérieure.

Le thérapeute doit cultiver chez son client une conscience aiguë des sensations corporelles internes, d'abord à travers l'interaction thérapeutique, où le thérapeute observe et contacte les états sensorimoteurs, et ensuite lorsque le client lui-même remarque ses sensations corporelles internes sans que le thérapeute le lui demande. Il s'agit des myriades de sensations physiques qui sont continuellement créées à l'intérieur du corps par les modifications biochimiques et le mouvement des muscles, des ligaments, des organes, des fluides, de la respiration, etc. Ces

sensations corporelles ont un caractère distinctement physique, comme la moiteur, la constriction, l'engourdissement, ou des sensations électriques, de fourmillement, de vibrations, parmi beaucoup d'autres. Cependant lorsqu'on demande au client de décrire ses sensations, il utilise souvent des mots comme "panique" ou "terreur", qui renvoient à des états émotionnels plutôt qu'à la sensation elle-même. Dans ce cas, on lui demande de décrire comment il vit cette émotion au plan physique : par exemple, il peut ressentir la panique dans son corps comme des battements rapides demande son cœur, des tremblements, une respiration courte. La colère peut être ressentie comme une tension dans la mâchoire, une envie de frapper, accompagnée d'une impression de lourdeur et d'immobilité dans les bras. De façon analogue, on peut ressentir une croyance sur soi-même, par exemple "je suis mauvais", comme un effondrement de la colonne vertébrale, une inclinaison de la tête, une tension dans les fesses.

En cultivant cette attention et cette capacité de description verbale, les clients apprennent à distinguer et à décrire les diverses qualités, souvent subtiles, de leur sensation. Le développement d'un vocabulaire sensoriel précis permet au client d'élargir sa perception et son traitement des sensations physiques, tout comme la familiarité avec un vocabulaire émotionnel étendu nous aide à percevoir et à traiter les émotions.

Pendant que le client décrit ses symptômes ou ses vécus traumatiques, le thérapeute observe son niveau d'excitation, *pistant* l'hyper- ou l'hypoexcitation. La tâche du thérapeute est de "maintenir" l'excitation du client dans les limites optimales du Modèle de la modulation, en abordant du matériel traumatique, mais pas trop, pour éviter que le client dissocie et que le traitement n'ait pas lieu. Quand l'excitation du client atteint la limite supérieure ou inférieure, le thérapeute lui demande de négliger temporairement ses émotions et ses pensées pour suivre le développement de ses sensations et de ses mouvements physiques en détail, jusqu'à ce que ses sensations se dissipent et que ses mouvements atteignent leur complet développement. Le thérapeute agit ainsi comme un cortex auxiliaire, modulant interactivement les niveaux d'excitation du client, empêchant ceux-ci de sortir excessivement de la zone optimale d'excitation et de passer dans les zones où il devient difficile ou impossible au client de traiter les informations sans dissocier. En même temps, en apprenant à limiter la quantité d'informations qu'ils doivent traiter à la fois, les clients développent une capacité d'autorégulation indépendante de leur relation avec le thérapeute, et qui prévient la submersion par une surcharge d'informations d'origine interne.

Quand un client décrit une panique en rapport avec une expérience traumatisante, le thérapeute lui demande de négliger le contenu du souvenir et de simplement ressentir la panique en tant que sensation corporelle. Si le client rapporte alors un tremblement dans ses mains et le cœur qui bat la chamade, le thérapeute lui demande de *pister* ces sensations qu'elles évoluent ou se succèdent. Comme le note Levine : "Quand on en a pris conscience, les sensations internes se transforment presque toujours en quelque chose d'autre" (Levine, 1997, p. 82). Le tremblement passe des mains seules aux bras entiers, qui se mettent à trembler assez fort, puis se calment peu à peu ; le rythme cardiaque finit aussi par revenir à la normale. Ce n'est que lorsque l'expérience sensorimotrice s'est calmée, que du contenu additionnel est décrit et que le traitement aux niveaux émotionnel et cognitif est inclus.

Le thérapeute doit apprendre à observer très précisément l'organisation minute par minute de l'expérience sensorimotrice du client, en se centrant à la fois sur les changements subtils (changement de couleur de la peau, dilatation des pupilles ou des narines, légère tension, léger tremblement) et sur les changements plus évidents (la colonne vertébrale qui s'effondre, la tête qui tourne, le bras qui repousse, ou un autre mouvement musculaire global). Ces vécus sensorimoteurs passent en général inaperçus du client, jusqu'à ce que le thérapeute les lui indique par une simple phrase de "contact" comme : "On dirait que votre bras se raidit", ou "Votre main se crispe", ou "Il y a un léger tremblement dans votre jambe gauche". Tous les thérapeutes ont l'habitude de noter et de contacter les états émotionnels ("Vous avez l'air effrayée") pour faciliter chez les clients la conscience et le traitement des émotions ; la procédure est analogue pour les réactions sensorimotrices.

C'est la pleine conscience qui va permettre aux clients d'être de plus en plus clairement conscients de leurs réactions sensorimotrices internes et d'augmenter leur capacité d'autorégulation. La pleine conscience est un état de conscience dans lequel on dirige son attention sur le vécu ici et maintenant, avec seulement pour intention d'observer son vécu, pas de le modifier. On peut donc dire que la pleine conscience utilise les facultés cognitives du patient pour soutenir le traitement sensorimoteur, au lieu de permettre aux processus d'origine traumatique du bas vers le haut de monter en flèche et de prendre le contrôle du traitement des informations. Pour enseigner à son patient la pleine conscience, le thérapeute pose des questions qui nécessitent qu'on soit, pour y répondre, en pleine conscience : "Qu'est-ce que vous sentez dans votre corps ? Où se trouve cette tension exactement ? Quelle est la sensation dans vos jambes maintenant ? Que

se passe-t-il dans le reste du corps lorsque vous fermez le poing ?" Ce type de question force le client à sortir d'un état dissocié ou de processus idéatifs centrés sur le futur ou sur le passé, pour vivre le moment présent à travers son corps. Elles l'encouragent aussi à se retirer de son implication dans l'expérience traumatique et à rapporter son vécu du point de vue d'un moi qui observe, un moi qui a un vécu dans son corps, mais qui ne se réduit pas à ce vécu corporel.

Pour un individu traumatisé, le vécu complet de ses sensations peut être déconcertant, voire effrayant : une sensation physique puissante peut lui donner l'impression de perdre le contrôle de lui-même ou d'être faible et sans défense. Par ailleurs, les personnes traumatisées sont souvent dissociées de leurs sensations corporelles ; leur corps est pour elles engourdi, anesthésié. Nous pensons que les réactions défensives actives qui ont échoué, parallèlement à l'incapacité à réguler leur excitation, peuvent être la source de ces vécus corporels pénibles, et qu'on peut au moins alléger un peu cette détresse en aidant ces clients à vivre la séquence somatique d'une réaction défensive active. Suite à cela, les clients peuvent vivre cette sensation sans dissocier ou se sentir mal.

Pour illustrer les points ci-dessus, nous allons exposer trois séances avec Marie, une femme d'âge moyen qui réussissait bien dans les affaires. Marie avait subi des traumatismes à la fois relationnels et réels : elle avait été violée de façon répétée par un oncle de quatre ans à dix ans. Elle souffrait d'attaques de panique, de dépression et de ce qu'elle décrivait comme une "absence de frontières", mais elle n'avait pas de souvenir clair des traumatismes jusqu'à une altercation récente avec une figure d'autorité ; cette altercation avait déclenché des flashbacks accompagnés d'insomnie et de symptômes physiques perturbants : hyperexcitation, tremblements incoercibles, saignements vaginaux d'une intensité inconnue jusqu'alors, et une crise d'immobilité qui avait duré plus d'une heure. Marie rapporta que, pendant les abus, elle essayait d'abord de se débattre, puis finissait par se soumettre et regardait la scène "du plafond".

Pendant ce récit, elle parlait rapidement, avec si peu de pauses que cela ne permettait pas d'interactions verbales avec le thérapeute. Son système d'engagement social était notablement réduit ; c'était presque comme si elle se parlait à elle-même, incapable d'utiliser la relation pour réguler interactivement son excitation. Plus elle parlait, plus elle paraissait seule. Par moments, elle se trouvait dans un état de panique et de surexcitation, et elle portait de façon répétée des jugements sur elle-même pour avoir permis les abus : "Pourquoi est-ce que je me suis changée devant lui ce jour-là ? Pourquoi est-ce que je n'ai rien dit à ma mère ?" Interprétant sa dissocia-

tion et sa sidération comme une preuve de faiblesse (réaction courante chez les survivants de traumatismes, cf. Nijenhuis & Van der Hart, 1999, p. 54), elle se condamnait aussi pour son incapacité à se défendre contre les abus.

Cette première séance avec Marie illustre un point important : la phase initiale de la thérapie demande en général que le thérapeute commence à réguler l'excitation du client. Cela se fait d'abord à travers la régulation interactive au sein de la relation thérapeutique, qui pose le cadre grâce auquel le client peut apprendre l'autorégulation. Bien évidemment, il faut une bonne relation entre le client et le thérapeute pour que cette régulation interactive puisse avoir lieu. Dans le cas de Marie, le thérapeute a encouragé la régulation interactive en pistant les changements et les mouvements de son corps, en disant des phrases de contact, en montrant qu'il pouvait comprendre la détresse de Marie et supporter la description de son expérience traumatisante sans se retirer et sans entrer lui-même en hyperexcitation. Peu à peu, Marie a commencé à se détendre légèrement, à ralentir son débit verbal et à accéder à des interactions réciproques avec le thérapeute.

Tout d'abord, il a été difficile pour Marie d'avoir une pleine conscience de ses sensations corporelles : lorsqu'elle essayait de le faire, l'hyperexcitation, les tremblements, la panique et la terreur la submergeaient. Comme dans la notion, avancée par Levine, où l'on cherche à échanger "une réaction active contre une réaction d'impuissance" (Levine, 1997, p. 110), le thérapeute savait que si Marie parvenait à expérimenter pleinement une séquence défensive physique, ces symptômes pouvaient diminuer. Pour le faire, il demanda à Marie si elle serait d'accord pour expérimenter quelque chose : elle pousserait avec ses mains contre un coussin qu'il tenait, et noterait ce qui se produirait dans son corps. Marie y consentit. En faisant l'exercice, elle ressentit d'abord une nausée et une peur accrue, ce qui n'est pas rare quand on active pour la première fois une séquence défensive qui a échoué dans le passé. Le thérapeute demanda ensuite à Marie de se détourner temporairement de tous ses souvenirs et de se centrer simplement sur son corps, pour trouver une façon confortable de pousser. Encouragée à mener cette exploration physique en disant au thérapeute la pression qu'il devait mettre pour résister à sa poussée sur le coussin, la position qu'il devait prendre, et ainsi de suite, Marie avait une impression croissante de maîtrise. Pendant qu'elle commençait à expérimenter la défense physique active, le thérapeute *pistait* son corps et lui disait des phrases de contact comme "votre poussée devient plus forte" ou "on dirait que vous vous calmez", etc. Il demanda aussi à Marie d'observer

ver en pleine conscience le détail de ses sensations : "Qu'est-ce qui se passe dans votre corps quand vous poussez ? Qu'est-ce que vous ressentez dans votre dos, dans votre colonne vertébrale ?"

Finalement, Marie fut capable d'enchaîner une séquence entière de réaction défensive active : lever les bras, repousser, d'abord de façon hésitante, seulement avec les bras, puis avec une pression accrue et en y incluant les muscles de son dos, de son bassin et de ses jambes. Le thérapeute continuait de susciter la pleine conscience de ses sensations, et Marie a commencé à vivre le plaisir physique de pousser ; elle disait : "Ça fait du bien !" Beaucoup de clients traumatisés souffrent d'anhédonie (impossibilité de ressentir de plaisir physique), et le fait d'expérimenter et de savourer des sensations agréables peut accroître leur capacité à avoir du plaisir en général, et peut aussi changer leur relation à leur corps, jusqu'ici parfois vécu comme "l'ennemi", la source de sensations incompréhensibles ou de douleur physique. Quand la séquence défensive eut été explorée et menée pleinement à son terme, Marie était plus calme et capable d'avoir pleinement conscience de ses sensations sans passer en hyperactivation ; en d'autres termes, elle se trouvait à présent dans la zone optimale d'excitation du Modèle de la modulation.

En psychothérapie sensorimotrice, on cherche à travailler aux limites du Modèle de la modulation : aborder suffisamment du matériel traumatique avec lequel on veut travailler, mais pas trop, pour empêcher le client d'être submergé et de dissocier. Dans cet objectif, quand Marie revint à sa description du traumatisme (ce qui était son choix, pas une demande du thérapeute), celui-ci lui dit de rester pleinement consciente de ses sensations corporelles. Pendant qu'elle décrivait les violences subies, sa mâchoire commença à se serrer, son épaule droite et son bras droit à se contracter, et elle avait du mal à respirer : tout cela pouvait être des signes de réactions défensives, émergeant spontanément. Après avoir dit des phrases de contact sur ces observations physiques en disant : "Votre mâchoire et votre bras semblent se raidir, et votre respiration change", le thérapeute demanda à Marie d'être pleinement consciente de ses sensations corporelles : "Prenons quelques instants pour ressentir ce qui se passe dans votre corps, avant de continuer sur le contenu." Marie décrivit alors la tension qu'elle ressentait et déclara que sa tête semblait vouloir tourner à gauche, et elle se rappela à ce moment qu'il y avait un mur à sa gauche lors des maltraitances de son enfance. Sans interpréter ses phrases, sans revenir au contenu du souvenir, le thérapeute lui dit de "permettre à sa tête de tourner et de

remarquer ce qui se passe après."

A ce moment, Marie ne décrivait plus le passé ; elle n'était plus attentive qu'à son expérience corporelle présente. Pendant qu'elle était consciente de sa tête qui tournait à gauche, elle était aussi consciente d'impulsions physiques qui paraissaient involontaires, comme si elles se produisaient "d'elles-mêmes". Pendant que le thérapeute l'encourageait à être attentive à ses sensations et à ses mouvements, son corps paraissait prendre une vie à lui : Marie dit que sa main "avait envie de se transformer en poing" et le thérapeute l'encouragea à "sentir cette impulsion et lui permettre de se produire" sans agir volontairement. Alors que le mouvement de poussée contre le coussin avait été entièrement volontaire, la main de Marie, lentement, commença à se fermer spontanément en un poing.

Marie dit que son bras avait envie de "frapper". La séquence motrice défensive émergeait sans que ni le thérapeute ni la cliente ne la guident de haut en bas consciemment. Le thérapeute dit : "Resentez cette impulsion à frapper et remarquez simplement ce qui se produit ensuite dans votre corps." Il encouragea Marie à simplement *pister* et laisser apparaître les micromouvements et les gestes involontaires, sans les "faire" volontairement. Le traitement sensorimoteur se produisait spontanément à travers son attention consciente aux sensations et aux impulsions corporelles, et par l'utilisation de la guidance cognitive, en suspendant le contenu et l'émotion pour encourager le traitement au niveau du corps.

Alors que le thérapeute demandait à Marie de *pister* ses sensations et ses mouvements involontaires, et alors que sa main formait un poing, son avant-bras se raidit aussi, et son bras se souleva lentement de ses genoux, sans intention consciente de sa part. Marie dit alors qu'elle commençait à paniquer, et le thérapeute lui demanda de vivre simplement les éléments physiques de la panique, sans s'occuper de l'émotion (Marie parlait de son cœur qui battait plus vite et d'une sensation de constriction). Il s'agissait là d'une directive importante pour séparer les émotions d'origine traumatique de la sensation, de sorte que le traitement sensorimoteur puisse se faire sans parasitage des processus émotionnel ou cognitif, et sans que Marie se trouve surchargée d'un excès d'informations qu'elle n'aurait pas pu traiter efficacement. Peu à peu, la tête et le corps de Marie se tournèrent pour revenir à la normale, et son bras droit fit lentement un mouvement d'élévation et de frappe, accompagné de tremblements (intérieurement, cette expérience de tremblements est analogue aux frissons qui traversent le corps lorsqu'on a froid). Après plusieurs minutes de traitement sensorimoteur, au cours desquelles Marie et le thérapeute

suivaient tous deux la lente et involontaire progression des mouvements, le bras de Marie finit par revenir se poser sur ses genoux. Marie continuait à frissonner, et le thérapeute lui dit de "rester avec ces frissons et ces sensations tant qu'elle se sentait bien de le faire".

Depuis le début, le thérapeute encourageait Marie à faire confiance à son corps en permettant aux mouvements de se produire sans chercher à les diriger ou à les modifier, mais aussi à s'arrêter à tout moment si elle ressentait trop d'inconfort. En effet, la constriction physique causée par cette "exposition" graduelle au souvenir traumatique peut être extrêmement intense, avant de se détendre et de s'adoucir, et les clients ont besoin de l'aide du thérapeute pour suivre le traitement sensorimoteur. On les encourage aussi à s'autoréguler, en s'arrêtant si cela devient trop fort pour eux.

Les frissons finirent par cesser, et Marie rapporta qu'elle se sentait soulagée, avec une sensation de picotements dans tout le corps. Le thérapeute lui demanda de savourer cette sensation corporelle et son impression de soulagement, et de les décrire physiquement en détail. Rapportant une détente dans sa musculature, un rythme cardiaque ralenti et une bonne sensation de lourdeur à travers tout son corps, Marie déclara qu'elle se sentait paisible pour la première fois depuis des semaines. En reparlant de l'abus, Marie se montrait moins dure envers elle-même ; elle disait qu'elle était en colère que sa mère ait fermé les yeux sur le comportement de son oncle, et qu'une enfant de quatre ans doit pouvoir se changer sans souci devant un proche. Alors qu'elle n'avait pas travaillé directement sur ses jugements, ses croyances ou les émotions associées avec l'expérience traumatique, le travail avec le traitement sensorimoteur avait un effet positif sur ses processus à la fois émotionnel et cognitif. Vers la fin de cette séance, le thérapeute l'aida à aborder le traitement cognitif et émotionnel. Marie laissa libre cours à sa tristesse et parvint à de nouvelles compréhensions, tout en devenant également plus pleinement consciente de ses réactions sensorimotrices. Elle vivait une nouvelle intégration, une réorganisation des niveaux physique, émotionnel et cognitif de son expérience, pendant qu'on abordait ces trois niveaux simultanément.

À la séance suivante, Marie rapporta que son sommeil était redevenu normal, et qu'elle était beaucoup plus calme en général. Ses attaques de panique avaient pratiquement cessé, et, plus confiante en sa capacité à mener ce travail et à devenir maîtresse de sa propre vie, elle voulait continuer à explorer ses traumatismes d'enfance. Marie parvenait de mieux en mieux à interagir avec le thérapeute : on le voyait à sa façon de poser des questions, d'entrer dans un dialogue plus



important avec lui, et non plus comme dans son monologue du début de la thérapie, et d'utiliser la relation avec le thérapeute pour se calmer. Dans les séances suivantes, Marie a encore développé sa capacité à se défendre activement et à mettre des limites, ce qui a accru sa capacité à s'engager dans des régulations interactives, car la capacité à se défendre activement et à poser des limites augmente la sécurité de la personne dans ses relations. Marie était de plus en plus capable de traiter les éléments cognitifs émotionnels du traumatisme et d'aborder ses difficultés relationnelles avec le thérapeute, tout en revenant fréquemment au traitement sensorimoteur quand des impulsions physiques ou des sensations émergeaient, ou quand elle se sentait à nouveau hyperexcitée ou dissociée.

Enfin, Marie a vécu une séance de psychothérapie dans laquelle elle a affronté le souvenir du moment où elle a dissocié pour la première fois et a "regardé depuis le plafond ce que son oncle était en train de faire à une autre petite fille", pendant qu'une autre partie d'elle se soumettait à l'abus sexuel. Cependant, elle avait maintenant acquis la compétence de *pister* ses sensations corporelles, et elle se sentait plus à même de traverser ces expériences. Elle écrivait :

"Au moment de cette séance, je venais de vivre une nouvelle vague de souvenirs précoces qui avaient apporté un accroissement du niveau d'activation physique et, au niveau émotionnel, de la terreur et du désespoir. Cette fois, cependant, c'était comme si j'avais su que j'étais capable de traverser ça ; je l'avais déjà fait et je savais qu'il y avait un processus et des étapes qui menaient à une expérience moins difficile, plus pleine."

Dans la même séance, le thérapeute a demandé à nouveau à Marie de se montrer attentive à son corps ; pendant qu'elle se rappelait le traumatisme, elle prit conscience des réactions physiques qu'elle avait vécues enfant. Elle avait expérimenté les éléments physiques de la soumission et de la dissociation d'avec son corps (engourdissement, flaccidité musculaire, sensation de paralysie) en même temps que la pulsion de frapper (tension dans les mâchoires et les bras). La conscience de ses sensations devint la force unificatrice de résolution de ce "clivage dissociatif", comme Marie en prit conscience : "Cette désintégration n'est pas réelle... Je suis deux corps en un seul, qui font deux choses différentes." Pendant qu'elle expérimentait ce clivage dans son corps et en traitait les composantes physiques (comme l'envie de frapper son oncle), elle put vivre le chagrin associé à l'abus sans se dissocier de son corps. Sa capacité à traiter les informations au plan cognitif s'améliorant, elle put finalement remplacer ses croyances négatives sur elle-même par une sensation de fierté d'avoir été capable de se défendre par la

dissociation et la soumission, reconnaissant que ces défenses passives avaient été efficaces dans sa situation particulière, et admettant que des défenses actives, à ce moment, auraient probablement aggravé sa traumatisation. Au cours de la séance, Marie dit fièrement : "Je suis quelqu'un de bien : vous avez vu ce que j'ai fait ?", en parlant de sa dissociation comme d'une manière de survivre à un abus insoutenable.

Peu après cette séance, la thérapie de Marie prit fin. Six mois plus tard, elle écrivait :

"J'ai conscience d'un changement profond et durable à la fois dans mon corps (dans la façon dont je me tiens), et dans mon impression d'intégration et de capacité à rester présente face à des situations, de souvenirs ou des sensations qui m'auraient autrefois tellement bouleversée que je les aurais supprimés (...)

"J'ai aussi l'impression d'être intégrée d'une façon différente. C'est comme si la partie de moi qui avait subi ces abus (...) n'était plus seule, mais qu'elle avait d'autres parties, plus solides, plus complètes, plus résistantes, qui lui sont mélangées maintenant. Je n'ai plus aujourd'hui ce besoin désespéré de contact [avec le thérapeute] pour entrer dans les souvenirs ; c'est comme si je pouvais y être pour moi-même."

## Conclusion

La psychothérapie sensorimotrice a été entièrement construite à partir de la pratique clinique, et, bien qu'il n'y ait pas encore eu de recherches empiriques à ce jour, de nombreux rapports informels de la part de clients et de thérapeutes attestent de l'efficacité de la méthode. Les professionnels qui se sont formés à la psychothérapie sensorimotrice rapportent qu'elle réduit souvent les symptômes d'ESPT comme les cauchemars, les attaques de panique, les crises de violence et l'hyperexcitation, et que la capacité à pister leurs sensations corporelles aide les clients à vivre la réalité présente, au lieu de réagir comme si le traumatisme était encore en cours. Cette réduction de symptômes corporels difficiles, cette meilleure capacité à pister les sensations physiques et à avoir une autorégulation interactive, paraissent aider les clients à travailler de mieux en mieux avec d'autres éléments du traumatisme, comme l'attachement, l'attribution d'un sens, les *patterns* dissociatifs antérieurement dissimulés par les états somatiques et l'incapacité à se servir de l'autorégulation interactive.

La psychothérapie sensorimotrice fournit aux clients des outils pour gérer les réactions corpo-

relles qui les perturbent ; ils se sentent de plus en plus en sécurité, nous disent-ils souvent, parce qu'ils savent de mieux en mieux limiter la quantité d'informations qu'ils doivent traiter à un moment donné, grâce au fait de centrer leur attention sur la sensation. Ils disent aussi que leur sensation de sécurité s'accroît lorsqu'ils expérimentent leur capacité à se protéger et à se défendre physiquement eux-mêmes. On notera que ceux qui ont des défenses hyperactives sous la forme de crises de fureur incontrôlables peuvent également accroître leur sentiment de sécurité en apprenant à repérer les précurseurs physiques de leurs crises de violence, et en se mettant à ce moment en pleine conscience ; cette technique accroît l'autorégulation et prévient l'escalade de l'excitation, qui monterait sans cela jusqu'à son point de décharge à travers une agression ou un autre comportement peu souhaitable.

D'autre part, les thérapeutes utilisant la psychothérapie sensorimotrice rapportent que certains clients ne sont pas aussi disponibles que Marie, ou aussi intéressés par le traitement somatique. Ces clients doivent apprendre, lentement, méticuleusement, à expérimenter leurs sensations et s'ouvrir à l'intérêt de le faire ; ils doivent apprendre peu à peu, à partir de leur propre expérience somatique, qu'accorder toute son attention aux sensations et aux mouvements de son corps peut être sans danger et même agréable. De plus, les personnes gravement désorganisées ou dissociées peuvent être incapables d'avoir une pleine conscience de leurs sensations sans se trouver encore davantage désorganisées ou dissociées. Il faut comprendre qu'il peut être contreproductif d'aborder trop de sensations trop rapidement, particulièrement avant que les clients soient capables d'observer leur expérience et de mettre de côté les contenus et les états émotionnels ; cela peut accroître la dissociation et exacerber les symptômes d'ESPT. En conséquence, les thérapeutes doivent avancer en s'adaptant au rythme et aux capacités d'intégration de chaque client. Néanmoins, il arrive qu'un client demeure incapable de travailler avec le traitement au niveau sensorimoteur, ou refuse de le faire parce qu'il trouve trop perturbantes les sensations corporelles, ou parce que l'approche somatique lui paraît d'une façon ou d'une autre inintéressante ou peu attirante ; dans ces cas, le traitement au niveau sensorimoteur est contre-indiqué, et le thérapeute doit utiliser d'autres techniques.

Si nous nous sommes centrés presque exclusivement sur le traitement sensorimoteur dans cet article, la psychothérapie sensorimotrice dans son ensemble comprend le traitement au niveau sensorimoteur et le traitement aux niveaux émotionnel et cognitif. Au cours des séances thérapeutiques, le thérapeute doit évaluer à chaque moment quel est le niveau de traitement qu'il

doit aborder pour obtenir l'effet global le plus positif. Le traitement au niveau émotionnel ou cognitif est souvent requis, et, de fait, peut avoir un effet positif sur le traitement au niveau sensorimoteur qui suit.

On notera aussi que, si cet article a mis l'accent sur le traitement au niveau sensorimoteur, il existe de nombreuses autres cartes thérapeutiques et de nombreuses autres techniques orientées sur le corps dans l'approche globale que les auteurs et leurs collègues ont développée, et qui abordent de différentes façons la dynamique relationnelle, les *patterns* psychostructurels et la dissociation. Surtout, il est important de souligner que l'objectif ultime et primordial de la psychothérapie sensorimotrice est de favoriser un traitement holistique en intégrant les trois niveaux de notre être : cognitif, émotionnel et sensorimoteur.

\*\*\*

## Bibliographie

Damasio, A. (1999). *The feeling of what happens*. New York: Harcourt, Brace.

Diamond, S., Balvin, R. & Diamond, F. (1963). *Inhibition and choice*. New York: Harper and Row.

Fisher, A. G. & Murray, E. A. (1991). Introduction to sensory integration theory. In A. Fisher, E. Murray, & A. Bundy (Eds.), *Sensory integration: Theory and practice* (pp. 3-26). Philadelphia: Davis.

Gendlin, E. (1978). *Focusing*. New York: Bantam Books.

Hannaford, C. (1995). *Smart moves: Why learning is not all in your head*. Arlington, VA: Great Ocean Publishers.

Herman, J. (1992). *Trauma and recovery*. New York: Basic Books.

Hobson. J. A. (1994). *The chemistry of conscious states*. New York: Back Bay Books.

LeDoux, J. (1996). *The emotional brain*. New York: Simon and Schuster.

Levine, P. (1997). *Waking the tiger: Healing trauma*. Berkeley, CA: North Atlantic Books.

MacLean, P. D. (1985). Brain evolution relating to family, play, and the separation call. *Archives of General Psychiatry*, 42, 405-417.

McFarlane, A. C. (1996). Resilience, vulnerability, and the course of posttraumatic reactions. In B. Van der Kolk, A. C. McFarlane, & L. Weisaeth (Eds.), *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society* (pp. 155-181). New York: Guilford.

- Nijenhuis, E. R. S. & Van der Hart, O. (1999). Forgetting and re-experiencing trauma: From anesthesia to pain. In J. Goodwin & R. Attias, *Splintered reflections: Images of the body in trauma* (pp. 39-66). New York: Basic Books.
- Nijenhuis, E. R. S.; Vanderlinden, J. & Spinhoven, P. (1998). Animal defensive reactions as a model for trauma-induced dissociative reactions. *Journal of Traumatic Stress*, 11 (2), 243-260. Piaget Jean. *La naissance de l'intelligence chez l'Enfant*, Delachaux et Niestlé, 1936
- Porges, S. (1995). Orienting in a defensive world: Mammalian modifications of our evolutionary heritage. A polyvagal theory. *Psychophysiology* 32, 301-318.
- Porges, S. (1997). Emotion: An evolutionary by-product of the neural regulation of the autonomic nervous system. The integrative neurobiology of affiliation. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 807, 62-77.
- Schore, A. (1994). *Affect regulation and the origin of the self: the neurobiology of emotional development*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Schore, A. (2001-a). The effects of a secure attachment relationship on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Mental Health Journal*, 22, 7-66
- Schore, A. (2001-b). The right brain as the neurobiological substratum of Freud's dynamic unconscious. In D. Scharff & J. Scharff (Eds.), *Freud at the millenium: the evolution and application of psychoanalysis*. New York: The Other Press.
- Siegel, D. (1999). *The developing mind: toward a neurobiology of interpersonal experience*. New York: Guilford.
- Solomon, Z., Laror, N., & McFarlane, A. C. (1996). Acute posttraumatic reactions in soldiers and civilians. In B. Van der Kolk, A. C. McFarlane & L. Weisaeth (Eds.), *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society* (pp. 102-116). New York: Guilford.
- Van der Kolk, B. A. (1987). *Psychological trauma*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
- Van der Kolk, B. A. (1996). The body keeps the score; Approaches to the psychobiology of post-traumatic stress disorder. In B. Van der Kolk, A. C. McFarlane, & L. Weisaeth (Eds.), *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society* (pp. 214-241). New York: Guilford.
- Van der Kolk, B. A., & Fisler, R. (1995). The psychological processing of traumatic memories: Review and experimental confirmation. *Journal of Traumatic Stress*, 8, 505-525.
- Van der Kolk, B. A., McFarlane, A. C., & Van der Hart, O. (1996). A general approach to treatment of posttraumatic stress disorder. In B. Van der Kolk, A. C. McFarlane, & L. Weisaeth (Eds.), *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society* (pp. 417-440). New York: Guilford.
- Van der Kolk, B. A., Van der Hart, O. & Marmar, C. (1996). Dissociation and information processing in posttraumatic stress disorder. In B. Van der Kolk, A. C. McFarlane, & L. Weisaeth

(Eds.), *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society* (pp. 303-322). New York: Guilford.

Van Olst, E..H. (1972). *The orienting reflex*. The Hague, Nederlands: Mouton.

Wilbarger, P. & Wilbarger, J. (1997). *Sensory defensiveness and related social/emotional and neurological problems*. Van Nuys, CA: Wilbarger. (may be obtained from Avanti Education Program, 14547 Titus St., Suite 109, Van Nuys, CA, 91402).

Wilber, K. (1996). *A brief history of everything*. Boston: Shambhala.