

Texte d'introduction du livre de Mme Luise REDDEMANN

La force de guérison de l'imagination – Traitement des séquelles de traumatisme orienté sur la ressources. Edition allemande: Klett-Cotta (13ème édition – 2007).

L'ensemble de ce livre contient de très nombreux exercices en imagination que l'on peut pratiquer avec les patients, ainsi que des techniques de rencontre avec le trauma. Le livre entier sera traduit pour le séminaire que Mme Reddemann donnera à Lausanne à partir de décembre 2010.

En 1985, j'ai pris la direction d'une clinique psychiatrique. A cette époque, les psychothérapeutes et les psychiatres ne se posaient pas de questions quant aux traumatismes que leurs patients et patientes avaient pu vivre. Les psychanalystes étaient d'avis que les traumatismes, s'ils avaient de l'importance, en avaient en tous les cas moins que les fantasmes. Alice Miller, qui a publié quelques livres sur ce thème au début des années 80, n'a pas été prise très au sérieux dans les milieux spécialisés. La plupart du temps, on a traité les traumatismes dont parlaient les patientes comme des fantasmes. En particulier, le prétendu abus sexuel - je préférerais plutôt parler de violence sexualisée - ce qui me semble plus correct, car il ne s'agit pas de quelque chose de sexuel mais bien de violence utilisée de manière sexuelle - a été perçu comme l'expression de soit-disant fantasmes oedipiens. Ainsi, les psychanalystes des années 70 et 80 étaient encore plus conservateurs que Freud, qui lui, n'avait tout de même pas entièrement exclu la possibilité d'une violence sexualisée contre les enfants.

Dans notre hôpital, peu de temps après mon arrivée au poste de directrice, a été mis en place sur la proposition d'une collègue engagée dans le mouvement féministe, un groupe pour les

femmes. Les patientes s'y sentaient assez sûres pour parler de la violence qu'elles avaient subie. Aujourd'hui, nous savons que derrière de nombreuses maladies psychiques et psychosomatiques, en particulier les troubles de la personnalité de type Borderline mais aussi les toxicomanies, les troubles des conduites alimentaires, les comportements d'automutilation, les troubles somatiques et les troubles anxieux, se cachent des expériences traumatiques comme cause ou cause concomitante. A cette époque-là, il nous a fallu un certain courage pour accepter en tant que telles les expériences que nous relataient les patientes. Cela ne voulait bien sûr pas dire qu'il s'agissait de rapports qui concordaient avec les détails criminologistes, mais nous avons cru nos patientes lorsqu'elles nous ont raconté leurs expériences de violence et de violence sexualisée et que ceci avait eu des effets nocifs et préjudiciables sur leur âme et sur leur corps. Ceci se répandit vite et de plus en plus de femmes ayant un vécu semblable voulaient venir chez nous en thérapie - aujourd'hui, nous avons aussi de plus en plus d'hommes qui viennent chez nous avec des vécus similaires. Nous nous sommes vus confrontés à un manque d'outils thérapeutiques pour le travail avec les traumatismes et les conséquences des traumatismes. Un point important à ce propos était que avec notre travail dans le style appris jusque-là, nous devions tous combattre des problèmes importants de burn-out. Par ailleurs nos patientes étaient loin d'aller aussi bien que nous l'espérions.

Je suis donc partie à la recherche d'autres chemins thérapeutiques que ceux que nous connaissions alors. Nous avons découvert que dans d'autres pays on disposait déjà de larges connaissances concernant les traumatismes et leurs stratégies de thérapies correspondantes. Ainsi, nous avons commencé à apprendre de nouvelles choses. Mais nous avons au moins autant appris par nos patientes. Le plus décisif a été de reconnaître ce qu'Hölderlin a formulé de la façon suivante : „Mais là où est le danger, grandit aussi ce qui sauve“. C'est ce que nos patientes nous ont appris car elles avaient trouvé pour elles-mêmes des issues créatives dans

des situations de très grande détresse. Elles s'étaient créé des lieux intérieurs et quelquefois extérieurs dans lesquels elles pouvaient se sentir à l'aise et en sécurité. Elles avaient „inventé“ des accompagnateurs intérieurs, des fées, des anges gardiens, des sortes d'animaux et d'autres choses pour ne plus avoir à se sentir seules et pour se consoler. Lorsque nos patientes ont remarqué que nous ne les prenions pas pour des folles mais qu'au contraire, nous avions une haute estime pour leurs solutions créatives et que nous trouvions celles-ci admirables, elles nous ont laissé prendre part à ces mondes intérieurs. J'ai appris auprès de Carl Simonton (1992) des exercices qui avaient exactement le même effet que ce que nos patientes avaient fait de façon spontanée : créer des images d'un lieu agréable et d'êtres aidants. J'ai appris que ceci correspondait pour l'essentiel à de vieilles méthodes utilisées par les chamans.

Aujourd'hui, je pense qu'il y a en chacun de nous quelque chose comme un chaman ou une sagesse intérieure. Certains verront peut-être là une tendance ésotérique et rejetteront cette argumentation. J'ai trop souvent pu observer que les personnes qui étaient très bouleversées et surtout ces personnes-là, disposaient en elles de connaissances et de sagesse qui vont beaucoup plus loin que ce que connaît le moi conscient. Mais la plupart des gens a oublié d'écouter attentivement cette sagesse intérieure et pour entendre la sagesse intérieure, il faut du calme. Il faut aussi remettre la raison à la place qui lui revient et ne pas la placer au-dessus de tout.

Nous avons appris que chaque personne disposait de forces d'auto-guérison et que notre devoir le plus important est de les soutenir celles-ci. Entre-temps, les connaissances sur les forces d'auto-guérison ont fait leur entrée dans la science sous la forme de recherche dans le domaine de la psychologie positive et de la résilience. Lorsque nous encourageons nos

patients à écouter leur sagesse intérieure, nous soutenons leurs forces d'auto-guérison et les forces souvent troublées peuvent circuler librement.

Nous avons appris que nous pouvons soigner au mieux les personnes souffrant de conséquences de traumatismes par une thérapie en trois phases. Celle-ci comporte une phase de stabilisation, une phase de rencontre avec le trauma et une phase d'intégration. Pour cela, il est particulièrement important, pendant tout le traitement, de veiller à la stabilité intérieure et à la stabilisation des patients. C'est seulement ensuite qu'il est possible de donner un nom aux zones sombres et après, il est fructueux et libérateur d'en parler. Il faut de la force intérieure et un accompagnement extérieur attentionné pour rencontrer l'horreur du passé, et il est important pour nous de le rendre possible.

C'est ainsi qu'est né mon intérêt quant aux différentes possibilités existantes pour accompagner des gens à être plus stables et leur apprendre à se consoler eux-mêmes. Je me suis alors souvent heurtée à l'incompréhension et au rejet de mes collègues. Beaucoup ont du mal à digérer l'idée qu'une personne meurtrie puisse se consoler elle-même et qu'elle puisse apprendre cela en thérapie. L'idée qui prédomine est que c'est presque exclusivement la tâche de la thérapeute, en tant que moi aidant, de consoler. Et pourtant les patientes qui ne font pas cet apprentissage seules ou qui ont été quasiment dépossédées de cette capacité par la thérapie, deviennent de plus en plus dépendantes de l'attention que leur portent les thérapeutes. Comme ceux-ci ne peuvent évidemment pas être toujours à leur disposition, il se développe souvent un dilemme considérable aussi bien pour la patiente que pour la thérapeute. Si au contraire la patiente apprend dès le départ que sa thérapeute la croit capable de se consoler elle-même avec les capacités dont elle dispose en elle, et si la thérapeute et la patiente cherchent avec persévérance les ressources de cette dernière, cela donne beaucoup de courage à la patiente. Ceci ne signifie pas que la thérapeute ne se mette pas à la disposition de la patiente en tant qu'accompagnatrice empathique mais, dès le début, elle montre bien ses limites et les limites

de la thérapie. Peut-être que cette simple question éclaire beaucoup de choses: comment une personne aurait survécu s'il n'y avait pas eu en elle des forces d'auto-guérison, une volonté de (sur-)vivre et quelque chose pour se consoler? Les images intérieures de lieux sûrs et d'accompagnateurs bienveillants me semblent confirmer cette hypothèse.

A la recherche de nouveaux chemins, je suis aussi entrée en contact avec la méditation bouddhiste et j'ai appris certaines choses concernant la psychologie bouddhiste. D'après moi, le message essentiel de cette psychologie est cette phrase que l'on attribue à Bouddha : „Il n'y a pas de chemin vers le bonheur, le bonheur est le chemin.“ Que cela signifie-t-il ? Beaucoup de gens – si ce n'est pas tout le monde - cherchent bonheur, joie, satisfaction et pourtant ils occupent la plus grande partie de leur vie à enlever les pierres du chemin qui les empêchent d'être heureux. Ce faisant, les gens sont plus occupés par les pierres que par le bonheur. Il s'ensuit une concentration sur le malheur ce qui a souvent pour conséquence que l'on devient encore plus malheureux car, comme chacun sait, on „a“ ce sur quoi on se concentre. Les approches centrées sur les solutions nous ont appris à nous concentrer davantage sur les solutions ou, plus exactement, à nous concentrer autant sur les solutions que sur les problèmes, c'est-à-dire qu'il faut veiller à garder l'équilibre entre les deux. Nous avons incité nos patientes à se concentrer à peu près autant sur leur capacité au bonheur que sur leurs soucis et leurs problèmes. Nous les avons aussi invitées à prêter aussi bien attention à leurs compétences et à leurs propres forces qu'à leurs sentiments d'impuissance. Il apparaît aussi souvent clairement que les problèmes sont loin d'être présents 24 heures sur 24, mais seulement temporairement. Mais en se concentrant dessus, il semblerait que la vie n'est faite que de problèmes. Nous avons compris que c'est seulement lorsque les capacités au bonheur avaient été redécouvertes et qu'elles étaient renforcées qu'il pouvait y avoir confrontation avec les expériences traumatiques sans que cela soit extrêmement stressant et à la limite du supportable. Cela aussi contredit l'opinion de beaucoup de personnes qui croient nécessaire

de s'occuper d'abord des souffrances avant de pouvoir être heureux. C'est une simple expérience de tous les jours de voir qu'il est plus facile de résoudre des problèmes quand on est en forme. Veillons donc, que nous soyons patiente ou thérapeute, à être en contact avec nos sources d'énergie intérieures. Il est alors plus facile de gérer, de résoudre ou d'intégrer les terribles expériences du passé. Pour cela, il faut tenir compte du fait que dans le cas d'un état de stress posttraumatique, les horreurs du passé se „ressentent“ comme si elles se déroulaient maintenant. Cela veut dire qu'il faut souvent parcourir un long chemin en thérapie pour pouvoir comprendre que l'on est aujourd'hui un autre ou une autre que dans le passé.

Nous avons appris que la pleine conscience représente un élément essentiel de la guérison.

Nous avons appris beaucoup d'exercices qui permettent d'exercer cette pleine conscience et nous les transmettons.

Notre thérapie est fondée sur une base intégrative, s'appuyant sur une théorie psychodynamique. Nous pensons que la psychanalyse avec ses concepts de transfert et contre-transfert et d'inconscient nous offre une base de compréhension très utile mais qu'il faut modifier les interventions psychanalytiques pour pouvoir répondre aux exigences des traitements des personnes traumatisées.

L'un des autres fondements de notre travail est de prendre en compte le fait que nous sommes chaque jour en quelque sorte un être nouveau - un être différent. Beaucoup de personnes vivent avec l'idée qu'elles sont toujours les mêmes. Ceci ne correspond pas à la réalité, pas même du point de vue physiologique. Car notre corps se renouvelle et change constamment.

Sur le plan spirituel, nous changeons aussi. J'invite la lectrice et le lecteur à se souvenir d'elle ou de lui quelques années auparavant ou même de remonter plus loin encore. Vous n'aviez certainement pas les mêmes opinions, les mêmes désirs, préférences ou avis qu'aujourd'hui.

Ce processus d'évolution est pour nous tellement évident que nous n'y réfléchissons pas.

Lorsqu'on médite, on remarque vite que les pensées, les sentiments, les sensations changent

sans cesse. Cela fait peur à certaines personnes parce qu'elles croient que seule la constance peut leur donner la sécurité nécessaire. „La seule chose qui ne change pas, c'est le changement“ disait Lao-Tseu. Je vois en cette révélation une grande chance. Si nous nous exerçons à percevoir en nous ce changement sans le juger, nous y voyons là un potentiel qui est lui, de toute façon à notre disposition. Aujourd'hui, je ne suis plus celle que j'étais hier. Ainsi, je peux commencer - la personne d'aujourd'hui - à entrer en contact avec tous les nombreux moi que j'ai été. Le moi d'aujourd'hui peut parler avec les moi plus jeunes, les consoler, les soutenir, recevoir du soutien d'eux et ainsi de suite. Et, ce qui est le plus important, c'est que je peux, à partir de maintenant, prendre de nouvelles décisions pour l'avenir. J'accorde de la reconnaissance à tout ce que je n'ai jamais été. Il ne s'agit pas de refouler et d'oublier mais il s'agit de s'accorder la chance que l'aujourd'hui, le moment présent met à ma disposition ce que je veux être. Ainsi, je peux finalement laisser mon passé à sa place, c'est-à-dire dans le passé et je peux prendre un nouveau chemin. Parmi beaucoup de chemins, je peux choisir le bonheur comme chemin.

Les réflexions décrites ci-dessus ont ouvert des perspectives dans mon travail thérapeutique.

Dans ce livre, j'aimerais exposer comment il est possible, malgré de grandes souffrances personnelles, de prendre un chemin thérapeutique prenant en compte dès le début les capacités intérieures au bonheur tout autant que la souffrance. Ainsi, on peut remettre la souffrance bien plus tôt à la place qui lui revient. Erich Fried dit : „Il existe un seul contrepois au malheur... et c'est le bonheur“. J'aimerais souligner que les personnes ayant vécu des expériences d'impuissance extrême disposent au contraire ou justement pour cette raison de compétences et de forces propres. C'est pourquoi les patientes et les patients sont pour moi des partenaires avec qui je collabore.

Nous avons tous en tout temps et en tout lieux un élément magique à notre disposition : notre imagination. Avec l'aide de cette imagination, il est possible de nous créer des mondes

intérieurs où nous trouvons consolation, aide et force indépendamment du bon-vouloir et de la bienveillance de notre entourage. Beaucoup de personnes traumatisées le savent spontanément et ont utilisé leur imagination de la sorte dans des situations insupportables. *Notre capacité à imaginer est le moyen nous aidant à entrer en contact avec ce que nous avons de salutaire en nous. Ainsi, l'utilisation d'images ou plutôt de pensées imagées se retrouve dans tout notre travail avec les personnes traumatisées.*

Dans ce livre, je voudrais montrer comment nous incitons nos patientes et nos patients à créer peu à peu d'abord un contremonde au monde des images traumatiques, puis comment nous travaillons avec les images traumatiques et comment finalement, nous parvenons à intégrer les expériences d'horreur dans le contexte de leur vie. Vous trouverez ici les principaux exercices tels que nous les utilisons afin que la lectrice ou le lecteur puisse les comprendre. D'après notre expérience, ces exercices peuvent également être utiles sans qu'il y ait eu d'expériences traumatiques.

Je vais illustrer notre travail à l'aide d'études de cas. Dans ces études de cas, nous avons procédé à des changements au niveau des détails pour préserver la personnalité des patientes et des patients.

Quelques réflexions sur le comportement thérapeutique et la compréhension psychodynamique

Nous entendons par la phase de stabilisation le renforcement du moi. Le moi traumatisé n'est pas un moi normal au sens de Freud (1937) et il est donc nécessaire de modifier la procédure analytique dans le sens d'un renforcement du moi. C'est la raison pour laquelle la thérapie du traumatisme n'est pas une procédure spéciale, elle tire seulement les conséquences des conditions apportées par les patients. Il a pu être prouvé scientifiquement que le traitement

axé d'abord sur le trauma („trauma first“) est utile. Van Etten et Taylor (1998) ont pu montrer dans une méta-analyse que les troubles comorbides s'améliorent avec la thérapie du traumatisme. Et pourtant, nous traitons toujours la personne en entier dans le cadre d'un plan de traitement global. Cela peut être une psychothérapie basée sur la psychologie des profondeurs, nommée internationalement thérapie psychodynamique, cela peut aussi être une psychothérapie analytique mais aussi une thérapie comportementale dans laquelle nous pouvons tout à fait intégrer notre procédure.

L'emploi de techniques imaginatives stabilisant le moi sert à renforcer et à construire les fonctions du moi. Jerome L. Singer (1986) a attiré plusieurs fois l'attention sur le fait que les techniques imaginatives ont une fonction adaptative et il a aussi regretté que le travail imaginaire ait trouvé peu de reconnaissance dans la psychanalyse classique. Ceci est certainement dû à certaines peurs que l'on peut chercher dans la personnalité de Freud. A cela il faut ajouter que la première phase peut être comprise comme développant une relation de travail stable, qui met des outils à la disposition de la patiente. Même si quelques auteurs remettent en question le concept de relation de travail, il a tout de même fait ses preuves. Le concept de „travail avec l'enfant intérieur“ sert en particulier à renforcer la relation de travail dans le cadre d'une thérapie limitant la régression. Il y a déjà plus de vingt ans, Fürstenau (1979) a été un précurseur en écrivant sur la modification de la technique psychanalytique dans la relation avec un moi affaibli. Nous recommandons vivement son récent livre (2001) „Comprendre par la psychanalyse, penser de manière systémique, intervenir par la suggestion“. La phase de stabilisation sert à renforcer le moi dans le cadre des concepts de la psychologie du moi, exprimée en termes de la psychologie de l'objet, elle sert à construire des objets de représentation intérieurs bons et sûrs.

Il est important d'apprécier à sa juste valeur le besoin de contrôle des patientes de même que d'autres stratégies de „coping“. Je préfère utiliser ce concept plutôt que „défense“, étant donné que le mot „défense“ a souvent une connotation négative. Dans ce contexte, il vaut mieux renoncer à une analyse de la résistance qui ne ferait qu'affaiblir le moi. Il existe en psychanalyse une vieille règle toujours valable selon laquelle il ne faut pas affaiblir le moi par le biais d'interprétations, les interprétations étant seulement utiles lorsque le moi est renforcé. En règle générale, c'est le cas après la phase de stabilisation et définitivement après la phase de rencontre avec le traumatisme.

Je recommande de mener dès le début, donc dès le premier contact, non seulement une conversation portant sur l'histoire douloureuse de la patiente mais aussi une conversation sur tout ce qui lui fait plaisir, ce qui lui réussit et ce qui lui a réussi, c'est à dire de parler de ses ressources. Le début de la thérapie est particulièrement important : il s'agit de bien montrer à la patiente ce à quoi le thérapeute s'intéresse. Si nous questionnons la patiente uniquement sur ses problèmes, nous lui donnons l'impression, sans l'avoir formulée, de nous intéresser seulement aux problèmes et elle s'orientera dans cette voie-là. Si la patiente remarque notre intérêt pour ses points forts, nous l'encourageons indirectement à en prendre conscience de façon plus intensive. Le mieux me paraît de s'intéresser toujours autant à l'un qu'à l'autre, et ce, dans le sens du mouvement du pendule déjà évoqué. Plus tard, on peut se focaliser davantage sur les ressources, puis, dans la phase de rencontre avec le traumatisme, davantage sur ce qui est perturbant.

Je ne considère pas utile de se battre pour quelque chose avec les patientes et les patients. La patiente sait elle-même ce qui est le mieux pour elle à un moment donné. Cela signifie aussi qu'il ne faudrait jamais imposer des exercices à quelqu'un mais qu'il faudrait les lui proposer et, plus même, il faut être ouvert à toute solution que le patient propose. Si on écoute avec une oreille dirigée vers les ressources on apprendra toujours quelque chose.

Il me semble aussi important que les thérapeutes fassent attention à ne pas faire le travail que la patiente ou le patient doit faire. Il me paraît utile de toujours vérifier ceci ensemble. C'est-à-dire que le concept de renforcement du Moi ne devrait pas avoir pour conséquence que le thérapeute en fasse plus qu'il ne faut pour la patiente. J'ai pris l'habitude de poser chaque intervention le plus possible sous la forme d'une question. „ Est-il possible que ... Je viens d'avoir l'idée que ... que pensez-vous de ... „, ou d'autres interventions de ce genre laissent la responsabilité au patient plutôt que si on lui dit : „, vous faites cela maintenant parce que ... ou vous avez peur de ... etc.“ Pour les thérapeutes, ce dernier type type d'interventions a l'inconvénient qu'ils doivent se poser énormément de questions, au lieu de réfléchir avec leurs patients à ce qui se passe. C'est aussi un inconvénient pour la relation qui devient de plus en plus déséquilibrée et cela donne l'impression qu'il y a un thérapeute fortement compétent et un patient, lui, beaucoup moins compétent.

Il est recommandé de croire la patiente capable d'autant de choses que possible sans pour autant trop exiger d'elle. C'est elle qui décide du rythme. Des phrases telles que „ça, je ne peux pas le faire, je n'y suis encore jamais arrivée“ ne sont pas des dogmes pour nous. Nous invitons à les examiner attentivement. „C'était vraiment toujours, toujours comme ça jusqu'à présent ? Y-a-t-il des exceptions ? De telles phrases aident-elles à atteindre les buts visés ? Qui dit la phrase ? Est-ce une introjection ?“ Sampson et Weiss (1986) ont démontré pour la psychanalyse que les patientes et les patients testent leurs thérapeutes pour savoir si ces derniers sont vraiment du côté de la santé. Ne pas condamner quelque chose ne signifie pas qu'on l'accepte. Il est parfois pénible de faire toujours ressortir ces différences qui font la différence comme le disait Gregory Bateson (1981) mais cela en vaut la peine pour les deux participants.

1. Partie Trouver une stabilité intérieure

Cette partie sera la plus longue du livre. Elle illustre bien le principe énoncé par Arne Hofmann : „la thérapie des traumatismes a six phases : stabilisation, stabilisation, stabilisation, stabilisation, confrontation avec le traumatisme et deuil, puis nouveau départ.“ Beaucoup d'éléments de la phase de stabilisation demeurent importants pour toute la thérapie et peuvent être utilisés pendant les autres phases. Ainsi par exemple, les „assistants intérieurs“ sont des accompagnateurs et des conseillers importants dans chaque phase.

J'aimerais réexpliquer ici un autre principe important : *nous suggérons fondamentalement de veiller à ce qu'il y ait un équilibre entre les images de l'horreur et les „bonnes“ images.* De ce fait, nous intégrons une chose que, de toute façon, les traumatisés essaient souvent de faire d'eux-mêmes. Ils s'efforcent de créer un monde totalement bon, toutefois, d'une manière générale à l'extérieur. Ce qui évidemment est voué à l'échec. Ce procédé, que l'on nomme aussi clivage est en soi compréhensible. Notre proposition est de créer ce monde totalement bon en son for intérieur, sur la „scène intérieure“ afin d'y trouver le soutien, la force et le réconfort qu'on ne peut jamais trouver à l'extérieur dans la perfection souhaitée

J'aimerais souligner qu'il ne s'agit pas ici de vérités absolues mais de concepts utiles qui ont fait leurs preuves dans la pratique et qui ont entre-temps fait l'objet d'analyses empiriques à Göttingen (Sachsse, 2003), Pulsnitz (Dilcher et al., 2000) et Ilken (Arafat et al., 2001).

La relation thérapeutique

Chaque école thérapeutique reconnaît que la relation thérapeutique représente *la base fondamentale* d'une thérapie. Dans notre travail, il nous est particulièrement important d'éviter toute forme de stress induit par la thérapie. En ce sens, je recommande, d'une part,

de prendre en considération ce que l'on connaît sur le stress thérapeutique - en particulier, qu'il s'agit ici d'un phénomène que la patiente peut à peine influencer - du moins au commencement de la thérapie. Par exemple, une patiente assez énervée me raconte qu'elle a reçu un message du médecin de service qui l'"attend" à une heure donnée. Une patiente non traumatisée dirait peut-être - ou penserait - : „c'est un bien drôle de ton" sans pour autant s'énervier. Par contre, pour une patiente traumatisée par une violence extrême, cela signifie ceci : c'est un ordre, les ordres sont le commencement d'une catastrophe, je vais bientôt être impuissante et sans défense. L'énervement est aussi l'expression typique de la physiologie du stress chez la patiente. Une fois cette réaction de stress déclenchée, il est beaucoup plus difficile de calmer la patiente. Il est particulièrement important que la patiente fasse l'expérience qu'on valide et qu'on comprend ses sentiments et qu'elle garde le contrôle. D'autre part, je recommande de faire de la patiente le „superviseur" de ce qui se passe en thérapie et de lui demander de nous dire quand elle ressent notre comportement comme induisant du stress: „Je vous prie de me dire quand vous avez l'impression que je vous stresse par ma façon d'agir étant donné que je ne sais pas et que je ne peux pas savoir ce qui est éprouvant pour vous. Veuillez partir du principe qu'il est particulièrement important pour moi de créer une atmosphère avec vous dans laquelle vous vous sentez en sécurité et à l'aise." Les interventions qui chez les patients névrotiques engendrent un signal d'angoisse utilie sur le plan thérapeutique, suscitent souvent chez les personnes traumatisées une peur traumatique, et cela n'a aucun sens.

Au début de chaque thérapie et lors de tout changement, une intervention du thérapeute qui permet de réduire le stress est l'explication et l'information.

Ce qui a le plus manqué à des gens qui n'ont pas pu gérer un traumatisme, c'est la capacité de se calmer ou un environnement qui les calme. C'est pourquoi il nous semble important de donner une impression de calme et d'inciter à être calme soi-même. C'est la raison pour

laquelle je trouve qu'il faut tendre vers un transfert positif et non idéalisé et j'incite la thérapeute à oeuvrer dans ce sens-là. Il faudrait constamment faire des interprétations de sorte que la patiente se sente invitée à découvrir quelque chose sur elle-même. Un patient qui a le sentiment d'avoir été pris sur le fait ou qui se sent découragé par une interprétation - parce qu'il a de nouveau l'impression d'avoir fait quelque chose de faux - ou qui ressent que le thérapeute sait plus de choses le concernant que lui-même, se montrera stressé – une forme de réponse typique à tout ceci. Il faut oublier beaucoup de choses de ce qu'on a appris disait le thérapeute hollandais spécialisé en psychotraumatologie Lansen, lui-même analyste.

L'important est d'être naturel et compatissant.

Nous recommandons de ne pas favoriser une régression dans la relation thérapeutique. Or, il y a souvent un malentendu à propos de cette recommandation : certains croient que nous ne travaillons pas avec la relation thérapeutique. Les psychanalystes pensant que le patient doit tout remettre en scène - mais vraiment tout - dans la relation thérapeutique, nous reprochent de ne pas être prêts à affronter les sentiments douloureux. D'une certaine manière, c'est vrai. Jusqu'à présent, je n'ai pas pu trouver que c'était utile que mes patientes baignent trop longtemps dans des sentiments douloureux ou qu'il faille en favoriser l'émergence. Je préfère reconnaître ce qui est mais je préfère aussi favoriser l'autorégulation qui tend à la guérison. Pour cela le concept suivant a fait ses preuves : deux adultes d'aujourd'hui s'occupent de la partie plus jeune blessée, tandis que la personne adulte d'aujourd'hui prend le plus de responsabilités possible pour son moi plus jeune.

Etablir un contrat thérapeutique

Chaque thérapeute sera du même avis que moi en ce qui concerne l'importance fondamentale d'un contrat thérapeutique. Et pourtant, dans mon travail de supervision, je suis toujours frappée par le fait que le contrat thérapeutique est rarement expliqué explicitement.

J'entends par là que la patiente est informée de la procédure thérapeutique et qu'elle l'a acceptée. De plus, il faut se fixer des buts qui puissent être grosso modo atteints. Et les deux personnes, thérapeute et patiente, devraient encore et toujours vérifier ensemble quel est le pas ou quels sont les pas, qui est ou sont particulièrement efficaces dans le traitement pour atteindre ces buts.

Chez les personnes traumatisées, on trouve très souvent différents états du moi (ego states) en énorme contradiction les uns avec les autres. Ainsi, par exemple, la personne adulte pourrait souhaiter une thérapie de toute urgence alors que des parties de l'enfance traumatisées en ont peur. De plus, il se peut que les agresseurs introjectés¹, également devenus indépendantes, soient radicalement opposées à une thérapie. Il est bien possible que la patiente soit à la fois consciente de ces grandes contradictions, mais aussi que, d'une manière générale, elle se sente en début de thérapie complètement impuissante et perdue.

Nous trouvons ici les concepts qui dénomment ces différentes parties et qui les traitent quasiment comme des personnes autonomes, particulièrement créatifs.

Pour ce qui est du contrat thérapeutique, cela signifie que la thérapeute devrait arriver à un accord entre toutes les différentes parties concernant la thérapie. Cela peut être un travail très long et qui peut nécessiter d'être repris à plusieurs reprises.

Quant au travail imaginaire, il n'est d'utilité que si la patiente est d'accord avec cette forme de travail. Pour cela, il est quelquefois nécessaire d'expliquer certaines choses. Beaucoup de

¹ En all. *Täterintrojekt*. Peut aussi être traduit ou compris par *agresseur intérieur*.

patients croient devoir voir leurs diapositives intérieures ou films intérieurs, pensant que le reste n'est pas correct. Ils disent alors qu'ils ne peuvent pas travailler avec ces exercices. Si on leur fait remarquer qu'il suffit de s'imaginer les images ou simplement d'y penser, presque tous les patients sont alors d'accord pour continuer de travailler ainsi. Si malgré tout cela ne fonctionne pas, il faut alors toujours penser chez les personnes traumatisées aux agresseurs introjectés, et il est alors nécessaire de trouver d'autres moyens pour faire de ceux-ci soit des alliés du moi adulte d'aujourd'hui soit les rendre inoffensifs.

Trouver des contre-images aux images de l'horreur

Une patiente racontait qu'elle avait l'impression d'être dans un trou noir. Beaucoup de personnes disent cela en parlant d'elles. Pour la plupart, on s'aperçoit qu'après en avoir parlé, surgit alors une autre pensée et cette image désagréable évoquée disparaît aussi vite qu'elle est venue. Pour d'autres, l'image reste et elle les fait souffrir de plus en plus. Certains ont alors le sentiment d'être complètement livrés à leurs pensées - surtout bien sûr celles qui leur sont désagréables. „Je ne peux rien faire contre de telles pensées.“

Il est vrai qu'on ne peut rien faire contre telles ou telles pensées qui surgissent. Personne ne sait d'où viennent les pensées et où elles vont. Et pourtant, il y a différentes possibilités de lutter contre ces pensées désagréables. Nous parlons de les faire fuir. Une des possibilités est de penser consciemment à autre chose. Nous recommandons de trouver consciemment une contre-image ou une contre-pensée à cette image d'horreur ou à cette pensée de l'horreur. Il peut s'agir de différentes choses: le ciel bleu ou une lumière blanche ou une montagne enneigée ou bien d'autres choses encore. Il est important de trouver une image personnelle cohérente, une qui puisse, elle aussi, être vécue sur le plan émotionnel, mais cette fois-ci avec des émotions ressenties comme positives. Nous proposons ensuite de faire la navette entre ces

deux images. Pour cela, il n'est donc pas nécessaire de réprimer l'image désagréable. S'il existe une contre-image, alors j'ai la possibilité de choisir. Je peux m'occuper soit d'une des deux images, soit de l'autre. Je peux peut-être réfléchir à prendre plus de temps pour l'image agréable. Je peux aussi ensuite observer si mon corps fait une différence lorsque je pense à une des images ou à l'autre. La plupart des gens découvrira que le corps réagit bel et bien de façon différente en fonction de l'image évoquée. Nos patientes disent : „Comme c'est bon, je peux faire quelque chose, je peux avoir de la maîtrise.“

Pouvoir faire quelque chose, ne plus être impuissant, c'est une expérience très importante pour les personnes qui ont vécu des situations de détresse et d'impuissance extrêmes. Celles-ci sont typiques pour des situations traumatiques. Plus tard, ce qui complique les choses, c'est qu'il semble qu'on est aussi désemparé face à soi-même. Lorsque quelqu'un commence à expérimenter l'influence sur ses propres pensées et images, il peut le ressentir comme quelque chose de très libérateur. C'est un exercice très facile et très efficace qui peut être pratiqué à tout moment et en tout lieu. L'important est de ne rien réprimer mais de créer soi-même une alternative intérieure, une autre possibilité.

Dans notre approche thérapeutique, l'idée de pouvoir choisir intérieurement joue un grand rôle. Même si nous ne pouvons pas toujours tout changer dans notre monde extérieur, il nous est cependant possible d'effectuer des changements dans notre monde intérieur. C'est ce à quoi nous avons très souvent recours dans notre travail et ce, de façon consciente.

Le monde intérieur des personnes qui n'ont pas géré un traumatisme est un monde de terreur. Les pensées, les images, les sentiments qui ont un rapport quelconque avec les expériences traumatiques semblent avoir occupé tout le monde intérieur. L'expérience traumatique est en soi déjà assez terrible, à cela s'ajoute le processus traumatique, comme le nomme Gottfried Fischer, qui rend la vie après le traumatisme encore plus difficile (voir ci-dessous). Et ce, bien que ce processus traumatique soit en fait une tentative pour gérer ce qui s'est passé. Pour

différentes raisons, l'organisme n'y parvient cependant pas. Ainsi, on dirait que la personne souffrant d'un état de stress posttraumatique se traumatise toujours de nouveau, bien que ce soit la dernière des choses qu'elle souhaite.

Nous proposons d'opposer peu à peu à ce monde de terreur un monde intérieur diamétralement opposé. Beaucoup portent déjà ce monde en eux. Certains disent : „je l'ai fait quand j'étais enfant, j'avais là de bonnes images d'un lieu où je me sentais bien et j'avais aussi une bonne fée qui était toujours avec moi lorsque j'étais triste ; mais à l'âge de treize ans, mon amie s'est moquée de moi en disant que j'étais folle de croire en ce genre de choses et je pensais que, dans le fond, elle avait raison, si bien que j'ai cessé de m'imaginer des choses pareilles.“

Certains avouent timidement qu'ils se consolent eux-mêmes à l'aide d'un monde fait d'images agréables et que cela les a aidés à survivre mais jamais ils n'auraient pensé que l'on pourrait en parler en psychothérapie et encore moins que l'on demande directement au patient d'entretenir de telles images.

Bien sûr, il y a aussi des patients qui disent ne pas pouvoir s'imaginer de pareilles choses. Dans leur vie, tout a toujours été terrible et ils ne savent pas comment ils pourraient s'imaginer quelque chose de bon. Nous leur demandons alors : „Imaginez que vous puissiez cependant pour un instant penser à quelque chose de bon, à quoi penseriez-vous alors ?“ Il n'y a que très peu de personnes qui ne peuvent pas à penser à quelque chose de bon, même en ce qui concerne leur avenir. Beaucoup peuvent y accéder en se demandant ce qu'elles auraient souhaité si la bonne fée des contes avait existé. A quoi aurait ressemblé un lieu sûr et salubre? D'autres peuvent se poser la question suivante : pour qui - pensent-elles - la fée aurait-elle été bonne par exemple pour ses propres enfants ou pour d'autres personnes qu'elles aiment bien? Il me semble que les personnes qui choisissent le chemin d'une psychothérapie ont au moins un minimum d'espoir, sinon elles ne viendraient pas. Et c'est ce minimum qui

est notre point de départ. Il me semble extrêmement douteux de s'imaginer qu'il n'y ait rien d'autre qu'obscurité, noirceur et désespoir chez un être humain et ce, à long terme. Ces gens malchanceux me semblent être des constructions. Il existe bien sûr des personnes qui sont malheureuses la plupart du temps et qui vivent et ont vécu des choses particulièrement douloureuses. La difficulté pour les personnes traumatisées réside dans le fait que le traumatisme continue sous la forme d'un processus traumatique. Et pourtant, il est important d'apprendre à distinguer le passé d'aujourd'hui. Ainsi, on peut poser la question de la façon suivante par exemple : „ Votre journée a 24 fois 60 minutes, votre semaine a 7 fois 24 fois 60 minutes. A votre avis, pendant combien de minutes vous sentez-vous un peu mieux ?“

D'après mon expérience, il n'y a personne qui affirme qu'il n'y ait pas une seule minute, une seule seconde où il ne se sente pas un peu mieux.

Beaucoup de personnes du métier se laissent vite impressionner par les problèmes et la souffrance et s'occupent de ce fait essentiellement de la terreur. Après quelques séances de thérapie, chacun, thérapeute et patiente, a alors l'impression que, dans la vie de la patiente, il n'y a que souffrances et problèmes. Les moments d'inspiration, de joie, de bonheur et de sens, de même que les instants de malheur, de souffrance et d'absence de sens devraient faire l'objet de notre recherche. La plupart des interviews menées dans le cadre de la psychologie des profondeurs et de la psychiatrie s'intéressent seulement à ce qui est problématique et à certaines données très dures.

C'est Verena Kast (1991) qui a attiré notre attention sur la question de savoir si, dans la vie de nos patients il n'y avait pas aussi *de la joie, de l'inspiration et de l'espoir*. Dans son livre du même titre, elle a proposé d'ériger une biographie de la joie ou de la faire écrire. C'est quelque chose que j'aimerais particulièrement recommander. Si vous faites cet exercice pour vous-même, cela vous aidera à donner la confiance nécessaire à vos patients pour qu'ils le fassent eux aussi. Porter une fois son regard sur ce qui a été agréable dans sa vie : voilà une

expérience nouvelle qui peut être importante pour les personnes concernées faisant cet exercice. Cela concerne souvent la période avant la traumatisation mais il est également possible qu'il y ait eu de tels instants après ou entre des événements traumatiques. Nous recommandons la chose suivante : „Pensez à l'enfant que vous étiez. Souvenez-vous de situations qui procurent de la joie à un enfant : les rayons du soleil qui font des petits ronds sur le mur, les grains de poussière qui dansent au soleil, la joie que l'on a à sauter dans les flaques“ - pour ne citer que quelques exemples faciles. Les enfants expriment leur joie - tout comme les autres sentiments - de façon très corporelle. „Souvenez-vous aussi des sentiments que vous éprouviez lorsque vous faisiez de la balançoire ou que vous sautiez à la corde ou que vous jouiez à la balle. Rappelez-vous les gens qui vous aidaient et étaient bons pour vous. Si vous êtes victime de traumatisations collectives, c'était peut-être votre famille. Si vous êtes victime de traumatisations dans la famille, il y avait peut-être des gens bienveillants pour vous en dehors de la famille.“

„Il est fort invraisemblable qu'il n'existait pas, ne serait-ce pour quelques secondes, des sentiments de joie, de bonheur et de sécurité. Laissez *ces* sentiments envahir votre corps de sorte que vous ayez l'impression que chacune de vos cellules soit remplie de ce sentiment. Vous pouvez ensuite partir à la recherche d'autres moments. Une fois entré/e en contact avec les sentiments plus joyeux, il vous est plus facile d'en découvrir plus. Même si, comparé à d'autres, vous n'avez guère vécu de bons moments, vous découvrirez qu'il vaut la peine de ne pas se concentrer uniquement sur toutes les douleurs de votre vie. La force de guérir votre douleur, vous ne la trouverez pas en vous concentrant uniquement sur votre douleur, mais plutôt sur vos sentiments positifs.“

Nous ne recommandons pas la pensée positive. La pensée positive est un mensonge. La vie n'est pas seulement „positive“ mais elle est *aussi* „positive“. Pour Carl Simonton (voir ci-dessus), il s'agit de penser de façon réaliste et ce qui est réaliste, c'est qu'il y a les deux.

Même si la vie semblait jusqu'alors être surtout faite de choses désagréables et douloureuses, il y a sans doute eu quelques moments dans la vie du patient où il se sera senti mieux. Il faut remplir la coupe du bonheur de sorte qu'elle forme un contrepoids à la coupe du malheur et nous conseillons de veiller à cet équilibre. Pour cela, il faut du temps et de la patience, mais c'est possible. C'est surtout possible parce que maintenant, aujourd'hui, on peut créer un autre monde intérieur. On ne peut pas annuler ce qui s'est passé. D'ailleurs, il ne s'agit pas de cela non plus. Il s'agit de faire contrepoids aux images de terreur présentes dans la tête à quoi on donne souvent trop d'importance. Quelqu'un qui a une telle préparation a moins de peine à regarder l'horreur du passé. Mais s'il n'a pas pris conscience du côté positif de la vie, c'est plus difficile.